



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

FELIPE MAIA TARDIEUX

**ANÁLISE DAS AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
UMA ABORDAGEM TEMPORAL E DE CORRESPONDÊNCIA EM RELAÇÃO A
CID-10**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

FELIPE MAIA TARDIEUX

**ANÁLISE DAS AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
UMA ABORDAGEM TEMPORAL E DE CORRESPONDÊNCIA EM RELAÇÃO A
CID-10**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Renato dos Santos

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catalogação na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

T182a Tardieu, Felipe Maia.

Análise das ações judiciais em saúde no estado de Pernambuco:
uma abordagem temporal e de correspondência em relação a CID-10
/ Felipe Maia Tardieu. - Vitória de Santo Antão, 2021.
45 folhas.; il.

Orientador: Carlos Renato dos Santos.
TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de
Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.
Inclui referências.

1. Judicialização da saúde 2. Direito à saúde. 3. Saúde pública -
Pernambuco. I. Santos, Carlos Renato dos (Orientador). II. Título.

344.0481 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 135/2021

FELIPE MAIA TARDIEUX

**ANÁLISE DAS AÇÕES JUDICIAIS EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
UMA ABORDAGEM TEMPORAL E DE CORRESPONDÊNCIA EM RELAÇÃO A
CID-10**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde Coletiva
da Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico de Vitória, como
requisito para a obtenção do título de
bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 30 / 08 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Carlos Renato dos Santos (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra. Keila Silene de Brito e Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. M.Sc. José Ronaldo Vasconcelos Nunes
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Juntamente com a garantia do direito à saúde, mediado pelo Estado, a judicialização da saúde se tornou tema presente nas discussões orçamentárias. Diante deste fenômeno, a gestão pública se viu em um impasse, se por um lado os ajuizamentos contribuem para detecção de vulnerabilidades e atendimento desse direito constitucional, por outro retirava recursos financeiros dos cofres públicos. Este estudo descritivo retrospectivo visa compreender a judicialização da saúde em Pernambuco através dos dados acumulados pelo Núcleo de Ações Judiciais, observando sua evolução no período de 2015 a 2018. Para a análise de dados foram observados a evolução temporal das solicitações e suas tipificações. Sendo aplicados o teste de Cox-Stuart, a fim de avaliar as tendências e a análise de correspondência no intuito de caracterizar o perfil de ajuizamentos em Pernambuco. Foram analisadas 7019 ações, contemplando 9533 demandas. Os medicamentos predominaram entre os tipos de solicitações (63,1%), seguidamente estão os tratamentos (21,3%). Houve grande quantidade de requisições devido a neoplasias (31,8%), apresentando também tendência crescente. Dentre os tipos de demandas requisitadas apenas os tratamentos apresentaram tendência ao crescimento. Conclui-se que não há evidências de que a judicialização da saúde seja um fenômeno crescente em Pernambuco. Contudo o serviço público deve atentar as políticas e serviços de acolhimento e tratamento de neoplasias.

Palavras-chave: judicialização da saúde; direito à saúde; análise estatística.

ABSTRACT

Along with the guarantee of the right to health, mediated by the State, the judicialization of health became a theme present in budget discussions. Faced with this phenomenon, the public administration found itself in an impasse, if on one hand the filings contribute to the detection of vulnerabilities and compliance with this constitutional right, on the other hand it took financial resources from the public coffers. This retrospective descriptive study aims to understand the judicialization of health in Pernambuco through the data accumulated by the Nucleus of Legal Actions, observing its evolution in the period from 2015 to 2018. For data analysis, the temporal evolution of requests and their typifications were observed. The Cox-Stuart test was applied in order to assess trends and correspondence analysis in order to characterize the profile of filings in Pernambuco. A total of 7019 actions were analyzed, covering 9533 demands. Medicines predominated among the types of requests (63.1%), followed by treatments (21.3%). There were a large number of requests due to neoplasms (31.8%), also showing an increasing trend. Among the types of demands requested, only the treatments showed a tendency to increase. It is concluded that there is no evidence that the judicialization of health is a growing phenomenon in Pernambuco. However, the public service must pay attention to the policies and services for the reception and treatment of cancer.

Keywords: health's judicialization. right to health; statistical analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Comarcas com maior quantidade de demandas judiciais em Pernambuco, 2015 a 2018	24
Gráfico 2 - Quantidade de ações ajuizadas em Pernambuco entre 2015 e 2018 por capítulo segundo a CID	25
Gráfico 3 – Evolução mensal das demandas judiciais em Pernambuco, 2015 a 2018	26
Gráfico 4 - Evolução mensal das ações judiciais demandantes de medicamentos em Pernambuco, 2015 a 2018	28
Gráfico 5 - Evolução mensal das ações demandantes de outros itens em Pernambuco, 2015 a 2018*	28
Gráfico 6 - Evolução mensal de ajuizamentos demandantes de tratamentos em Pernambuco, 2015 a 2018.	28
Gráfico 7 - Evolução mensal das ações mistas em Pernambuco, 2015 a 2018*	29
Gráfico 8 – Representação das demandas judiciais por CID e tratamento em Pernambuco, 2015 a 2018 (pontos dispersos)	31
Gráfico 9 - Representação vetorial das demandas judiciais por CID e tratamento em Pernambuco, 2015 a 2018	32
Gráfico 10 - Representação vetorial das demandas judiciais por CID em relação ao perfil de demanda em Pernambuco, 2015 a 2018	33

LISTA DE ABREVIAÇÕES

AC	Análise de Correspondência
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CID	Classificação Internacional de Doenças, 10° versão
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NAJ	Núcleo de Ações Judiciais
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica
NAT-JUS	Núcleo de Assessoria Técnica
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	12
2.2 A EVOLUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PODER FORENSE	15
3 OBJETIVOS	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 ANÁLISE DE SÉRIES TEMPORAIS	20
4.2 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA.....	21
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
5 RESULTADOS.....	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DESCRIPTIVA	23
5.2 TENDÊNCIA TEMPORAL	25
5.2.1 <i>Tendência temporal geral</i>	26
5.2.2 <i>Tendência temporal dos diferentes tipos de demanda</i>	26
5.2.3 <i>Tendência temporal por Capítulos CID</i>	29
5.3 ANÁLISE DE CORRESPONDENCIA	31
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Os direitos sociais são caracterizados por serem efetivados mediante o Estado que por sua vez deve materializar as condições necessárias para o proveito de tais direitos. Sendo a saúde um direito social, o Estado é o responsável por proporcionar meios para que se concretizem efetivamente. Nem sempre esse direito foi garantido legalmente (LIMBERGER; FINGER, 2016).

Na construção histórica do Estado brasileiro, existiram várias concepções de como se organiza a assistência à saúde, a primeira tentativa foi com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) na década de 1930, desresponsabilizando o Estado da prestação de saúde, pois somente trabalhadores e familiares vinculados aos institutos eram assegurados. No regime militar (1964-1985), foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foram unificados os IAPs para a prestação de atendimento à população, mediado pelo governo, onde unicamente os considerados contribuintes eram atendidos, ou seja, trabalhadores de carteira assinada e familiares. Apenas em 1988, com o advento da Constituição Federal, o Estado se responsabilizou integralmente pelo atendimento às demandas de saúde da população, independente de qualquer condição. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, positivada no artigo 6º e do 196 ao 200 da constituição (MAXIMO; SILVA, 2018).

A saúde é um dos direitos sociais prestigiado na Carta Magna de 1988 com status de fundamental. No seu artigo 196, a constituição oficializa que essa virtude é, não somente direito de todos, mas também de responsabilidade do Estado, tornando-se a mais inovadora lei maior do Brasil na área da saúde (VILELA, *et al.*, 2018; BRASIL, 2016a).

Além de a saúde ser um direito social, que visa romper com a desigualdade social, também é de caráter subjetivo, ou seja passível de recurso, que pode ser invocado por qualquer pessoa por via judicial. A legislação brasileira abriu espaço para processos de judicialização da saúde, que é o uso da característica subjetiva do direito de recorrer. Esse fenômeno causa grande impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), por questões multifatoriais, abrindo espaço para debates institucionais (GOMES *et al.*, 2017).

Como característica positiva, a inclusão da saúde como direito na Carta Magna proporcionou o avanço do direito, que agora pode ser exigido formalmente por vias judiciais. Ao reivindicar um tratamento ou insumo, o requerente pode sinalizar uma vulnerabilidade que ainda não foi assistida por uma política pública (PIMENTEL, 2018).

O poder judiciário, protagonista neste processo, não tem qualificação para interferir no Sistema Único de Saúde. Os gastos com judicialização são exorbitantes podendo comprometer mais de 50% dos recursos inicialmente preconizados para assistência farmacêutica (BRAGA, 2018).

Para além disso, esse fenômeno também é circundado de dilemas éticos, pois sem a capacidade de oferecer todos os serviços, o Estado se depara entre a garantia do mínimo existencial e da reserva do possível. Em um contexto de restrição financeira e perda de capacidade em solucionar problemas já existentes, o Poder Judiciário e Ministério Público se destacam, ajuizando o Poder Executivo, principalmente nas políticas onde há maiores lacunas e contradições (BARBOSA *et al.*, 2018).

Desta discussão resultam duas principais correntes críticas. Enquanto uma vê na judicialização um avanço da cidadania a outra pondera a repercussão negativa no SUS e possivelmente para o requerente, uma vez algum fármaco solicitado não tenha sido aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Não obstante, uma terceira linha de pensamento acredita que a interferência do Poder Judiciário não respeita as regras democráticas, pois viola o Princípio de Separação dos Poderes, tendo como argumento principal a interpretação de que esse direito será atendido mediante políticas sociais e econômicas (BARBOSA *et al.*, 2018; FARIA *et al.*, 2016).

Reconhecendo a importância da judicialização, o Ministro Gilmar Mendes em 2009 prestigiou essa temática com a Convocação de Audiência Pública sobre direito à saúde, ouvindo “o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria de Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009, p.1), assim, levando o debate à âmbito nacional. No mesmo ano, foi criado o primeiro Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) no Rio de Janeiro, vinculado ao tribunal de justiça. O NAT foi criado para auxiliar o poder judiciário a tomar decisões que interferem no campo da saúde através do parecer técnico (GONDIM; CASTRO, 2019).

Sendo o NAT uma ferramenta recente existem várias formatações. No estado do Mato Grosso o núcleo auxiliar aos magistrados é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Ferreira e Costa (2013) acreditam que esse tipo de subordinação é negativa, uma vez que o núcleo é vinculado à instância a ser julgada, podendo isso afetar a imparcialidade.

Em 2011 foi criado o Núcleo de Acessória Técnica em Saúde em Pernambuco, sob administração do Tribunal de Justiça de Pernambuco com objetivo de “subsidiar os magistrados das varas e juizados da fazenda pública em relação às demandas que envolvem o fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde” (PERNAMBUCO, 2012). Posteriormente, em 2016, o Conselho Nacional de Justiça, por meio da Resolução de número 238, oficializou em âmbito nacional a criação dos NATs aos tribunais de justiça estaduais, criando assim uma rede unificada, modificando a nomenclatura da sigla desses departamentos para NAT-JUS (BRASIL, 2016b).

Em 2014 foi criado o Núcleo de Ações Judiciais (NAJ), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), esse departamento surgiu no intuito de acelerar o processo dos cidadãos que buscam suas necessidades de saúde por via judicial. Em vista da reunião para debate dos desafios enfrentados pela esfera pública para a oferta de tratamentos e novas tecnologias a pacientes oncológicos, contando com a presença tanto do NAT-JUS quanto do NAJ, a judicialização da saúde permanece em evidência (PERNAMBUCO, 2014; PERNAMBUCO, 2019).

A judicialização da saúde se mostra como importante fenômeno, afetando de forma inesperada o orçamento público, em todas suas esferas, causando impacto na capacidade de planejamento. Para além disso, a proporção do tema leva o debate para além do campo do Poder Executivo e se estende ao Poder Judiciário. Apesar do esforço acadêmico em compreender esse fenômeno, ainda há muito a ser explorado, tendo em vista que o acesso a dados concretos ainda é escasso. Assim, questiona-se: Como se comporta a judicialização da saúde em Pernambuco observada através dos dados acumulados pelo Núcleo de Ações Judiciais (NAJ)?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Com o fim do regime militar, o Brasil encontrava-se em processo de redemocratização. Impulsionado por um contexto internacional de preservação da dignidade humana após a tragédia humanitária da Segunda Guerra Mundial, a saúde ganhou espaço dentro dos vários movimentos sociais que propeliam a marcha pela democracia. O Movimento da Reforma Sanitária (MRS), pretendia promover um país democrático e de melhores condições de saúde para a população brasileira (ESCOREL, 1999; VILELA *et al.*, 2018).

O MRS culminou na criação do Sistema Único de Saúde tendo como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade, visando à participação popular e regionalização dos serviços. Com o fim do período militar, o movimento reformista ganhou espaço no texto constitucional, deixando sua maior marca no Artigo 196, saúde passara a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2016a).

Bittencourt (2016) explica que com a concretização do direito à saúde na Constituição de 1988, o Estado assumiu um viés de Bem-Estar Social, garantindo o mínimo de proteção social. A maior prova da influência do *welfare state* na Carta Magna é o Artigo 6º, que define os direitos sociais. Posto isso, é assegurado o mínimo existencial que, para Farias *et al.* (2016), quando não efetivado fundamenta a intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas.

No artigo 6º da Carta Magna brasileira, a saúde torna-se um direito social ordenada pelos artigos 196 a 200, sendo o primeiro deles:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016a, p.118-119).

O Estado ficou incumbido não somente de ordenar o direito à saúde, mas também de garantí-lo, sendo passível de recurso em caso de descumprimento. Para Santos (2016), a judicialização é resultado da participação social como ferramenta para exigir direitos, ações e garantias constitucionais.

No estudo realizado por Biehl e Petryna (2016, p.177) é evidente a relação entre a judicialização da saúde e a atividade coletiva, uma vez que “o Brasil tornou-se o primeiro país do sul global a assinar uma lei e aprovar uma política de distribuição livre e universal de medicamentos antirretrovirais” decorrente da constante judicialização de medicamentos antirretrovirais e pressão de ativistas.

Na ótica de Limberger e Finger (2016) a judicialização é decorrente da crise do Estado de Bem-Estar Social provocado principalmente pela escassez de recursos financeiros, dificultando o acesso a medicamentos de alto custo não inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Para Bittencourt (2016) a judicialização é um fenômeno que ocorre no modelo de Estado democrático onde o cidadão é capaz de reivindicar um direito por via judicial, sendo ela aliada “do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas” (BITTENCOURT, 2016, p.115). O mesmo autor expõe que há uma corrente de pensadores que julgam o evento como resultado de “má gestão e execução de Políticas Públicas” (BITTENCOURT, 2016, p.116). Contudo, parte dos problemas recorrentes do SUS se devem ao subfinanciamento, um aspecto que perpassa vários mandatos presidenciais de 1995 a 2012, concluindo que “o percentual do gasto público per capita, em relação ao total gasto, está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde” (SOARES; SANTOS, 2014, p.24).

Para Teixeira (2016), apesar de a via judicial ser uma forma legítima de recorrer a um direito, não seria a melhor solução já que não traz benefício direto para a coletividade que sofrerá com a limitação ou negação do direito, já que a conjuntura atual não é capaz de garantir toda amplitude da legislação. Para o mesmo autor, o Poder Judiciário não é o poder habilitado para a tomada de decisão visto que na maioria dos casos seus integrantes não possuem o conhecimento necessário, podendo adotar medidas que gerem consequências a outros.

Tendo em vista que o poder forense não é qualificado quanto às questões da área da saúde, Biehl e Petryna (2016) apontam que entre 1.080 ações examinadas, a grande maioria dos juízes concedem ao requerente o pedido de tutela antecipada, geralmente quando isso ocorre, deferem a favor do requerente. Como pode-se observar em Vieira e Zucchi (2007) na maioria dos casos (62%), os remédios solicitados já faziam parte do SUS e 73% dos medicamentos solicitados possuíam substitutos fornecidos pelo SUS.

O orçamento do SUS é pactuado, programado e executado de forma dinâmica com participação do Poder Executivo, normatizado pelo Poder Legislativo e com a cooperação da sociedade.

Contudo, a intervenção do Poder Judiciário infringe na programação orçamentária, tendo desvinculado grande parte do orçamento direcionado à Assistência Farmacêutica (AF). Exemplo disso é mostrado em Braga (2018, p.42) onde, no Rio Grande do Norte, “o impacto do valor total das ações judiciais sobre essa conta da AF anualmente foi de 58,73% em 2016 e 60,85% em 2017”.

Stival e Girão (2016) ponderam que no momento em que o Poder Judiciário protagoniza o processo de alocação de recursos da saúde lesiona o Princípio da Separação dos Poderes, violando a ordem democrática. Nessa visão, não há carência de políticas públicas, uma vez que o próprio SUS regula os preceitos constitucionais e a administração pública é incumbida de determinar o destino desses recursos, pois o orçamento é finito e assim também restringe o rol de garantias possíveis.

Apesar da finitude orçamentária da seguridade, a ciência do direito trabalha na lógica individual, considerando as particularidades da requisição, atentando as garantias individuais. O campo jurídico acaba por beneficiar o requerente pois ao almejar a garantia da saúde em toda sua amplitude pende a assentir solicitações que ultrapassem a reserva do possível, sobrecregando o orçamento estatal. Para Limberger e Finger (2016, p. 1) “não é possível atender a todas as demandas e expectativas populacionais nesta área e previstas na Constituição com os recursos disponíveis atualmente”, assim o campo da saúde coletiva propõe uma visão holística, trabalhando aspectos coletivos e considerando as limitações organizacionais.

Apesar disso, para Farias *et al.* (2016) e Santos (2016) o juiz deve garantir ao requerente o direito à saúde que antecede questões econômicas e orçamentárias, pois se negado, seria impedir o indivíduo de usufruir do mínimo existencial, rompendo também com o princípio norteador da integralidade.

As decisões se tornam mais complexas à medida em que se percebe a influência da indústria farmacêutica na recomendação de medicamentos, tanto positivamente (a possibilitando acesso rápido de tratamentos inovadores) quanto negativamente (com tratamentos de eficácia não comprovada) (CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE, 2018). Esse setor também está relacionado ao aumento

de casos de judicialização, pois o parecer de um profissional de saúde liberal pode ser influenciado pelo mercado farmacêutico. O que não garante firmeza no processo de decisão judicial, cabendo ao judiciário fazer sua própria análise.

Cercado de retóricas diferentes e sem ferramentas para a compreensão da regulação existente, o juiz pode se sentir pressionado por se tratar de um direito fundamental de aplicabilidade imediata, devendo agir rapidamente, pois tanto suas ações quanto a velocidade delas podem determinar a vida ou morte do requerente. Como exposto por Lopes *et al.* (2019), caso as normativas colocadas pelo Decreto 7.508/2011 (que dispõe sobre a organização, planejamento, assistência e articulação interfederativa do SUS) e pela Lei 12.401/2011 (que regula sobre a incorporação de tecnologia em saúde no SUS) fossem implementadas nos processos judiciais ocorridos no estado de Minas Gerais entre 1999 e 2009, não menos que 68,84% dos medicamentos judicializados teriam sido indeferidos.

2.2 A EVOLUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PODER FORENSE

Cerceado de polêmicas quanto a competência do judiciário, em 2009 o debate sobre o direito à saúde foi levado a público através de uma audiência pública convocada por Gilmar Mendes. Na ocasião foram ouvidos cinquenta integrantes, sendo eles representantes da gestão (n=15), sociedade civil (n=16) e operadores do direito (n=19). Como desfecho do marco, a saúde foi reconhecida como um direito, que não só é judicializável, mas de proteção, no caso individual, e de competência comum entre a União, os Estados e os Municípios (BARROS; CASTRO, 2016).

Analizando as falas dos cinquenta locutores da audiência pública de 2009, pontua-se que quarenta e uma delas emitia alguma posição, contrária ou a favor à judicialização da saúde. Em revisão mais profunda foi verificado que entre os grupos de debatedores, os participantes da sociedade civil e operadores do direito tendiam a ter um posicionamento mais favorável à ação judicial (12/16 e 14/19, respectivamente), contudo o grupo composto por gestores tendia a expor discursos contrários à intervenção do judiciário (9/15) (MACHADO; DAIN, 2012).

Desde então, o processo de decisão teria que ser tomado avaliando as diversas óticas. Enquanto para o indivíduo esse direito é assegurado

constitucionalmente, para a administração pública é um campo a ser abordado, moldado e planejado visando o benefício coletivo mediante políticas públicas.

A teoria da reserva do possível foi adotada no Estado brasileiro, uma vez que reconhecida a legitimidade da judicialização de um direito social. Esse conceito nasceu na Alemanha, no século XX, onde a constituição passou a garantir direitos sociais. A população exigiu a adição da educação à gama de direitos civis exigíveis, então em decisão do Tribunal Constitucional Alemão, os cidadãos teriam direito à educação. Contudo, não haviam vagas universitárias suficientes para toda a população, surgiu então a teoria da “reserva do possível” que obstaculiza “qualquer pretensão acima de um patamar considerado logicamente razoável de exigências sociais”, cerceando os direitos sociais ao limite da razoabilidade, proporcionalidade e aspectos econômicos do Estado (CUNHA, 2015).

Atento ao debate público, em 2010 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) adotou medidas para amenizar as consequências prejudiciais da judicialização da saúde. Através da Recomendação n.º 31, magistrados são aconselhados a exigir, nos relatórios médicos, tanto diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID), atualmente em sua décima versão, do requerente quanto o princípio ativo do medicamento, evitando o uso de fármacos não autorizados pela ANVISA (PAULA; BITTAR, 2017).

Pouco tempo depois, observando a carência de ferramentas para o exercício forense, o CNJ recomendou a criação de Núcleos de Apoio Técnico, que segundo Schulze (2014, p.1), são:

Compostos por profissionais das áreas médica, farmacêutica e de assistência social e por membros das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que têm por finalidade auxiliar os magistrados na deliberação sobre processos envolvendo temas de saúde.

Em Pernambuco, com objetivo de acompanhar e monitorar as demandas judiciais do setor saúde, foram institucionalizados dois órgãos de apoio. O primeiro deles fora o NAT-JUS criado em 2012, dois anos depois foi criado o NAJ. Essas instâncias estão presentes nos processos de judicialização da saúde, o NAT-JUS visa auxiliar os magistrados enquanto o NAJ auxilia a sociedade civil e o estado para que tais processos sejam julgados em ritmo mais célere (BARROS; CASTRO, 2016).

Para além disso, o NAJ é importante acessório importante da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), uma vez que auxilia no controle de informações correspondentes à judicialização da saúde. Um estudo que utilizou os

dados do NAJ inferiu que no ano de 2015, a SES-PE gastou mais de quatorze milhões de reais com medicamentos antineoplásicos, sendo as prescrições em sua maioria advinda de entidades sem fins lucrativos (57%), o segundo maior grupo foi advinda da administração pública (36%) (BARRETO; GUEDES; ROCHA FILHO, 2019).

Sem uma padronização estabelecida, surgiram várias configurações de NAT-JUS, atento a isso, em 2016 o Conselho Nacional de Justiça estabeleceu critérios mais rígidos quanto a vinculação dos núcleos que prestariam assessoria aos magistrandos. Por meio da Resolução de número 238, oficializou em âmbito nacional a vinculação do NAT-JUS aos tribunais de justiça estaduais (BRASIL, 2016b).

A eficácia das novas implementações no Poder Judiciário ainda há de ser analisada. Como constatado na pesquisa realizada por Moraes, Teixeira e Santos (2019, p.9), que utilizou dados do NAT, “a análise da judicialização do Método Therasuit no âmbito do estado do Rio de Janeiro constatou um elevado índice de processos deferidos [...] resultando em um alto custo despendido pelo Poder Público [...]. No estudo, apesar da indicação do parecer do NAT recomendando outra tecnologia já disponível no SUS, em 10 dos 11 casos analisados os magistrados deferiram a tecnologia requerida.

Para além disso, sendo o NAT-JUS um auxílio técnico nas decisões dos juízes, qualificando o Poder Judiciário para tomar decisões no campo da saúde, para Limberger e Finger (2016, p.53):

A concretização de direitos sociais depende de escolhas políticas, [...] ao deslocar recursos limitados – que estavam previamente destinados a outros serviços e meios de promoção da saúde coletiva – pode-se causar um impacto direto sobre a eficiência dos serviços e disponibilidade de medicamentos, que, por sua vez, possivelmente resultarão em consequências (negativas) para a população a que se destinava.

Contrapondo esse ideário, em Ribeiro e Queiroz (2019) a discussão no campo jurídico culminou, no estado do Rio de Janeiro, em critérios técnicos que visam reforçar o princípio da divisão dos poderes. Reconhecendo dentro dos tribunais, o regramento de órgãos reguladores do Poder Executivo como o Ministério da Saúde e ANVISA, a exemplo:

A tese fixada definiu, cumulativamente, os seguintes requisitos para fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS: i) comprovação, por meio de laudo médico

fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e iii) existência de registro do medicamento na Anvisa, observados os usos autorizados pela agência e referidos requisitos. (RIBEIRO; QUEIROZ, 20019, p.5-6)

O Poder Executivo também adotou medidas para administrar esse fenômeno. Apesar de não obrigatória, vários estados e municípios criaram estratégias específicas para o manejo da judicialização da saúde. A exemplo, em Belo Horizonte, foi criado o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde órgão que ultrapassou a esfera municipal e mapeou as ações judiciais em todo o estado de Minas Gerais. Esse avanço culminou na criação do Sistema de Pesquisa em Direito Sanitário, um banco de dados que facilitou o acesso, análise, estudo, pesquisa, tomada de decisão e planejamento de ações (PAULA; BITTAR, 2017).

Em Pernambuco, os dados do NAJ relativos à 2016 verificaram que a maioria dos demandantes advinham da primeira região de saúde (42%), vindas predominantemente de unidades de saúde do SUS e patrocinadas comumente por órgãos públicos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Hão de ser analisadas as especificidades das medidas adotadas pelos estados e municípios no âmbito da judicialização da saúde. Somente através da compreensão desse fenômeno será possível planejar estratégias que respeitem os princípios do SUS, o direito individual de recorrer à saúde e o princípio da separação dos poderes.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a evolução temporal e as disparidades entre tipos de demandas judiciais em saúde no estado de Pernambuco entre 2015 e 2018.

Objetivos Específicos:

- Descrever a evolução temporal das demandas judiciais;
- Investigar diferenças e semelhanças entre demandas judiciais de distintas solicitações e enfermidades.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo retrospectivo realizado apoiado principalmente em métodos quantitativos de estatística descritiva e inferencial. Tem como finalidade compreender a evolução temporal e as disparidades entre demandas judiciais em saúde no Estado de Pernambuco entre os anos de 2015 e 2018.

Os dados utilizados nesta pesquisa, são secundários, e foram cedidos pelo Núcleo de Ações Judiciais (NAJ), da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Neles estão contidas informações de todos os processos judiciais ajuizados ao Estado de Pernambuco no período de 2015 a 2018. A coleta foi feita via pendrive nas dependências do NAJ.

Em um primeiro momento, os dados pessoais passaram por um processo de anonimização pseudoanonimização mediante os critérios da Lei Geral de Proteção de Dados. Posteriormente ocorreu a edição, com o uso do software Excel e análise a partir do software livre R-Project (BRASIL, 2018; MICROSOFT, 2016; R, 2020).

Para facilitar o processo de análise foram criadas colunas específicas com a classificação da patologia do requerente através do capítulo da CID (capCID) e tipificando o item requisitado como alimento, dispositivo, exame, insumo, medicamento, tratamento ou locomoção (TipoDemanda). A análise dos dados foi realizada em duas etapas, a saber, análise de séries temporais e análise de correspondência.

4.1 ANÁLISE DE SÉRIES TEMPORAIS

Uma série temporal é um conjunto de pontuações feitas sequencialmente no decorrer do tempo, organizando num dado período de tempo informações quantitativas, Antunes e Cardoso (2015) explicitam que é possível verificar tendências estacionárias e variações sazonais através da análise de séries temporais (CHATFIELD; XING, 2019).

Para a verificação de tendência foi aplicada o teste de Cox-Stuart, esse procedimento tem como finalidade revelar padrões não aleatórios em uma sequência de variáveis aleatórias mutuamente. Baseado na comparação entre duas sequências de dados, o teste propõe-se a rejeitar ou não a hipótese nula (H_0 = não

existe tendência), sendo também possível caracterizar se é crescente ou decrescente, após rejeição de H0 (LEHTINEN; PULKKINEN; POERN, 1997).

O teste de Cox-Stuart consiste na divisão de uma série temporal no meio, formando dois segmentos. Após isso, subtrai-se os segmentos mais recentes daqueles mais antigos, restando assim um conjunto de números positivos ou negativos a serem analisados através da distribuição de probabilidade binomial, rejeitando-se ou não H0. A fórmula deste teste está demonstrada abaixo (LEHTINEN; PULKKINEN; POERN, 1997).

$$T = \sum_{i=1}^m sgn(y_i)$$

4.2 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

A segunda etapa consiste na aplicação da Análise de Correspondência (AC) que é um método de análise multivariada de dados qualitativos, permitindo que os elementos se expressem graficamente, sendo possível verificar o grau de interação entre as mesmas. No Brasil, apesar de ser mais utilizada na ecologia, recentemente vem ganhando espaço nas Ciências da Saúde (INFANTOSI; COSTA; ALMEIDA, 2014).

Os dados do NAJ formatados em uma tabela de contingência ou tabela de tabulação cruzada, visualizáveis via Excel®, com categoria específicas nas linhas (requisição judicial) e colunas (demais variáveis), para Hair et al. (2009) esse modelo é aplicável de análise de correspondência.

A AC foi realizada a partir dos tipos de demandas, representadas pelas letras M (medicamentos), T (tratamentos), Z (ações que envolvem requisições de mais de um tipo) e O (requisições que envolvem outros tipos que não de medicamento ou tratamento), essas informações foram cruzadas com os capítulos da CID, afim de verificar os perfis mais comuns dispostos a cada demanda em relação as capitulação e vice-versa.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto é parte integrante do Projeto submetido ao Programa Pesquisa Para o SUS, financiado pela Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia de

Pernambuco e coordenado pela Profª. Drª. Keila Silene de Brito e Silva, o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP UFPE CCS) – CAAE: 91352017.5.0000.5208 (Parecer: 2.816.364) em respeito aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Considerando a interpretação da CONEP feita pelo CEP do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE esse projeto foi submetido como projeto independente ao comitê de ética após consentida a anuênciia pelo NAJ, sendo aprovado pelo Comitê de Ética CAAE: 46291421.1.0000.9430 (Parecer: 4.777.696).

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados por um período de no mínimo de 5 anos.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DESCRIPTIVA

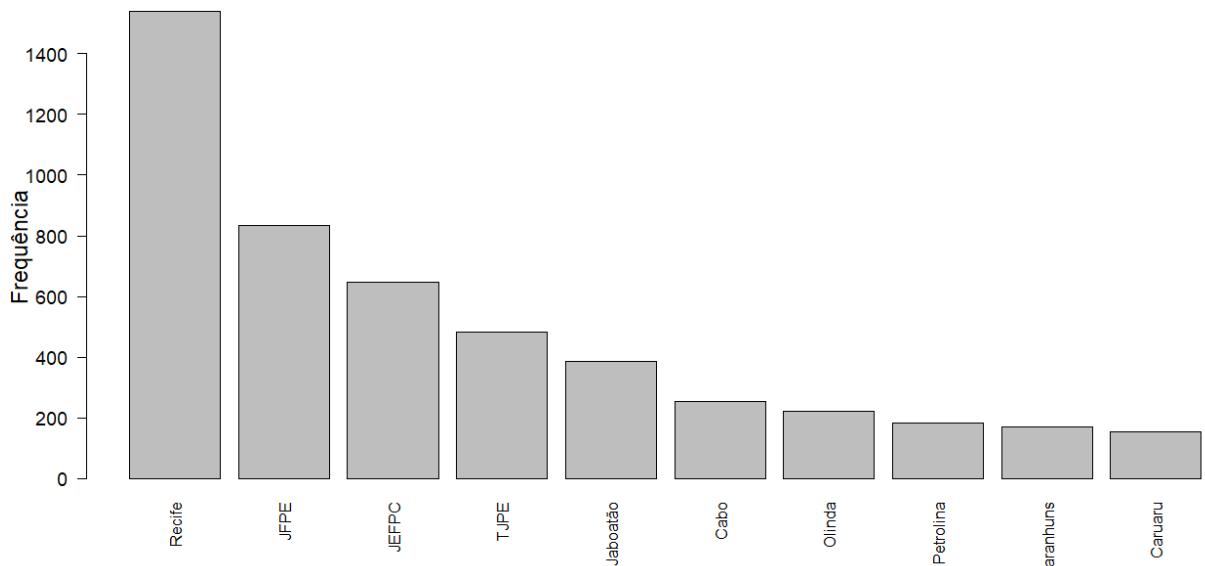
Os dados fornecidos pelo NAJ, referentes ao período entre 2015 e 2018, apresentaram 9533 demandas distribuídas em 7019 ações judiciais impetradas por 6690 indivíduos. A maior parte das ações (85,3%) apresentavam apenas uma demanda, seguida por 7,8% com duas demandas e o restante com três demandas ou mais. As demandas consistem daquelas que incluem exclusivamente medicamentos (63,1%), exclusivamente tratamentos (21,3%), exclusivamente outros itens, que incluem locomoção, insumos, dispositivos, exames ou alimentos (7,7%) e mistas, ou seja, aquelas que combinam mais de um tipo dos citados anteriormente (7,8%).

Os demandantes eram 51,4% do sexo masculino, o que mostra um equilíbrio entre os sexos. Com idades de 10 a 20 anos (14,9%), 21 a 40 anos (7,4%), 41 a 60 anos (27,9%) e mais de 60 anos (29,3%), o que mostra uma maior demanda nas duas últimas faixas, ou seja, a partir dos 41 anos de idade.

Os impetrantes residiam em 180 dos 184 municípios pernambucanos, em cidades com até 10 mil habitantes (0,7%), de 10001 a 20000 habitantes (3,9%), de 20001 a 50000 habitantes (12,7%), de 50001 a 100000 habitantes (14,7%), de 100001 a 500000 habitantes (30,1%) e com mais de 500000 habitantes (37,9%), o que mostra uma predominância dos demandantes residentes em maiores cidades. As cidades com maiores frequências de demandantes foram: Recife (29,9%), Jaboatão dos Guararapes (8%), Petrolina (5,8%) e as demais individualmente com menos de 5% cada.

A ações foram julgadas por 495 juízes em 152 juizados e comarcas diferentes, sendo 69,4% destes julgamentos concentrados nos dez mais frequentes apresentados no Gráfico 1. A quantidade máxima de julgamentos por um único juiz foi de 261 ações no decorrer de quatro anos, o que aponta uma média de aproximadamente 65 julgamentos de ações desta natureza por ano neste caso mais extremo. Porém 75% dos juízes (terceiro quartil) realizaram até 18 julgamentos no mesmo período.

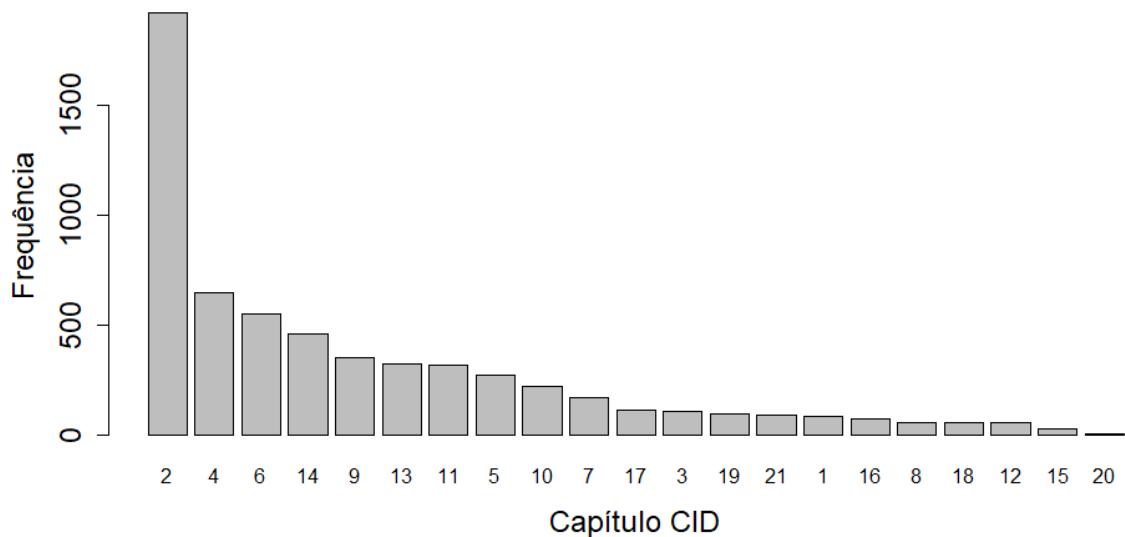
Gráfico 1 – Comarcas com maior quantidade de demandas judiciais em Pernambuco, 2015 a 2018



Fonte: O Autor, 2021.

Foram encontrados 21 capítulos da CID, com destaque para o Capítulo 2 – Neoplasias (31,8%), Capítulo 4 – Doenças endócrinas (10,8%), Capítulo 6 – Sistema nervoso (9,1%), Capítulo 14 - Doenças do aparelho geniturinário (7,6%), Capítulo 9 – Sistema circulatório (5,9%), Capítulo 13 - Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (5,4%), Capítulo 11 – Sistema digestivo (5,2%) e com menos de 5% individualmente os demais capítulos. O Gráfico 2 representa estes percentuais em valores absolutos em ordem decrescente da frequência.

Gráfico 2 - Quantidade de ações ajuizadas em Pernambuco entre 2015 e 2018 por capítulo segundo a CID



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: 1 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias

2 – Neoplasmas [tumores]

3 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários

4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

5 – Transtornos mentais e comportamentais

6 – Doenças do sistema nervoso

7 – Doenças do olho e anexos

8 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide

9 – Doenças do aparelho circulatório

10 – Doenças do aparelho respiratório

11 – Doenças do aparelho digestivo

12 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo

13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

14 – Doenças do aparelho geniturinário

15 – Gravidez, parto e puerpério

16 – Algumas afecções originadas no período perinatal

17 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas

18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

19 – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas

20 – Causas externas de morbidade e de mortalidade

21 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Na próxima seção apresenta-se uma análise da tendência temporal destas ações judiciais.

5.2 TENDÊNCIA TEMPORAL

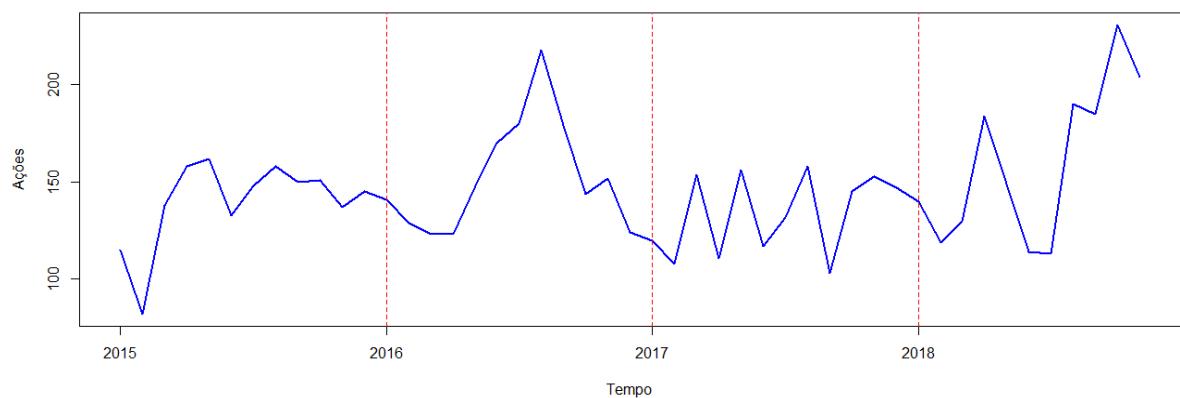
Os dados apresentam uma granularidade diária, variando de 02 de janeiro de 2015 a 27 de dezembro de 2018 e foram agregados em 48 meses com a finalidade de avaliar a tendência temporal com os seguintes recortes:

- Geral
- Por tipo de demanda
- Por Capítulos CID

5.2.1 Tendência temporal geral

As séries temporais foram avaliadas de forma não paramétrica através do teste de Cox-Stuart implementado no pacote *randtests* da linguagem para banco de dados R. De forma geral o número de ações apresentou um comportamento constante, apesar disso, ocorre um aumento de ajuizamentos durante o ano de 2016 e ao final de 2018, conforme Gráfico 3, a seguir:

Gráfico 3 – Evolução mensal das demandas judiciais em Pernambuco, 2015 a 2018



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: $p = 0,584$ – Constante

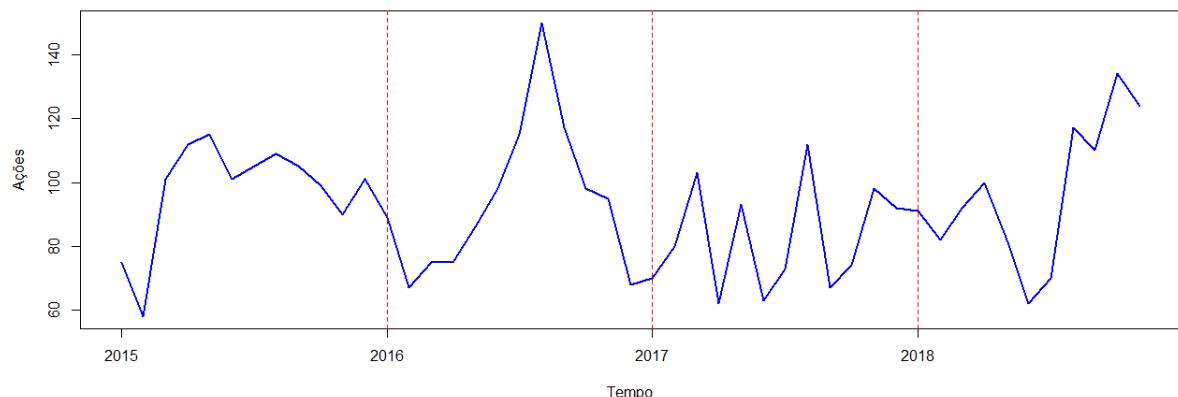
5.2.2 Tendência temporal dos diferentes tipos de demanda

Em relação aos tipos de demanda, medicamentos manteve-se constante (Gráfico 4), outros itens com queda (Gráfico 5) e tratamentos e ações mistas com crescimento (Gráficos 6 e 7) no período estudado. Também foi possível identificar um pico de requisições medicamentosas durante o ano de 2016 (Gráfico 4).

Abaixo, apresentam-se as séries temporais dos diversos tipos de demandas, sinalizados os anos e aplicando o teste de Cox-Stuart. É possível verificar que em relação aos tipos de demanda, a evolução referente aos medicamentos manteve-se

constante (Gráfico 4), outros itens com queda (Gráfico 5) e tratamentos e ações mistas com crescimento (Gráficos 6 e 7), no período estudado.

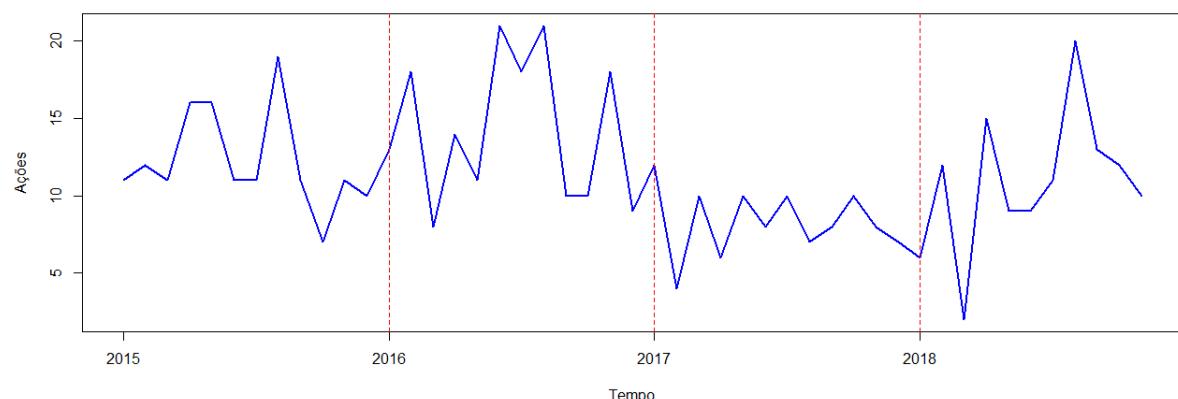
Gráfico 4 - Evolução mensal das ações judiciais demandantes de medicamentos em Pernambuco, 2015 a 2018



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: $p = 0,338$ – Constante

Gráfico 5 - Evolução mensal das ações demandantes de outros itens em Pernambuco, 2015 a 2018*

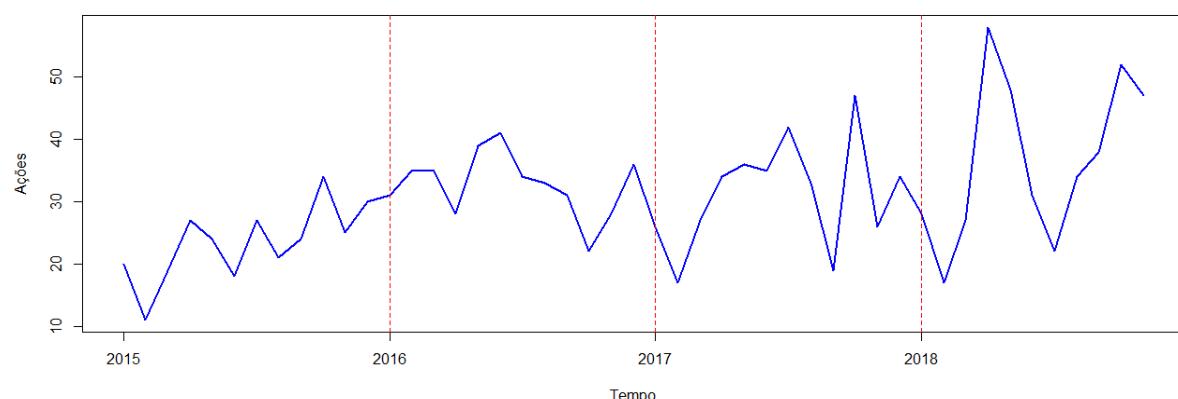


Fonte: O Autor, 2021.

Nota: $p = 0,338$ – Constante

*Incluem locomoção, insumos, dispositivos, exames ou alimentos

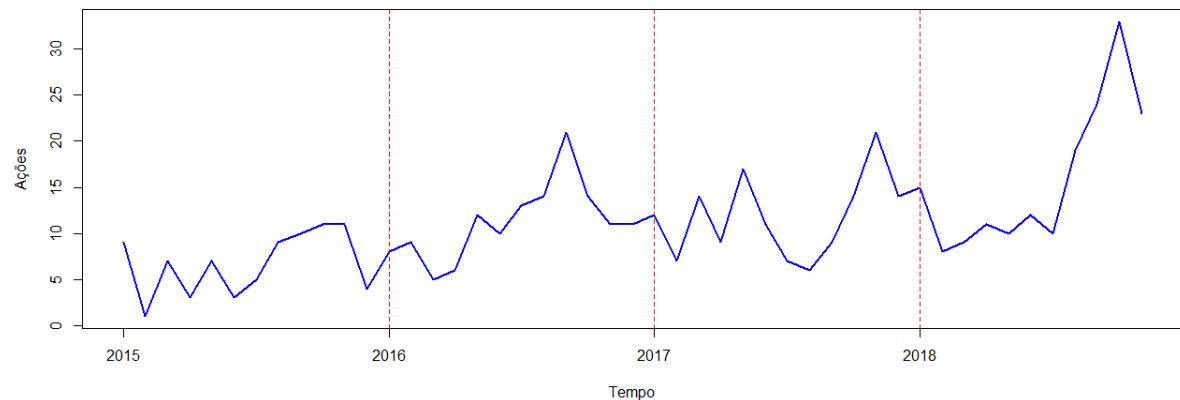
Gráfico 6 - Evolução mensal de ajuizamentos demandantes de tratamentos em Pernambuco, 2015 a 2018.



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: $p = 0,017$ – Crescimento

Gráfico 7 - Evolução mensal das ações mistas em Pernambuco, 2015 a 2018*



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: $p = 0.005$ - Crescimento

*Combinam mais de um tipo dos citados anteriormente

5.2.3 Tendência temporal por Capítulos CID

Analisadas as evoluções temporais das demandas judiciais a partir dos capítulos da CID, utilizando o teste de Cox-Stuart. Resultou no Quadro 1, identificando-se que apenas houve tendência em seis capítulos, sendo crescente nos capítulos II, III, VII e XVII, enquanto apenas foi registrada inclinação decrescente nos capítulos IV e XIV. Assim, destaca-se o capítulo II - neoplasias, tanto por sua grande quantidade de processos ajuizados quanto por sua tendência crescente.

Quadro 1 - Resultado da aplicação do Teste de Cox-Stuart nas ações ajuizadas em Pernambuco no período de 2015 a 2018 segundo capítulo da CID

CID	Tendência	<i>p</i> *
Capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias	Constante	0,251
Capítulo II – Neoplasias	Crescimento	0,011
Capítulo III – Doenças do sangue	Crescimento	0,031
Capítulo IV – Doenças endócrinas	Queda	0,005
Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais	Constante	0,202
Capítulo VI – Sistema nervoso	Constante	0,411
Capítulo VII – Doenças dos olhos	Crescimento	0,008
Capítulo VIII – Doenças dos ouvidos	Constante	0,395
Capítulo IX – Sistema circulatório	Constante	0,419
Capítulo X – Sistema respiratório	Constante	0,411
Capítulo XI – Sistema digestivo	Constante	0,419
Capítulo XII – Doenças de pele	Constante	0,24
Capítulo XIII – Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Constante	0,105
Capítulo XIV – Doenças do aparelho genitourinário	Queda	<0.0001
Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério	Constante	0,303
Capítulo XVI – Afecções originadas no período perinatal	Constante	0,15
Capítulo XVII – Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	Crescimento	0,002
Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e exames	Constante	0,118
Capítulo XIX – Causas externas	Constante	0,066
Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	Constante	0,687
Capítulo XXI – Motivos do atendimento	Constante	0,261

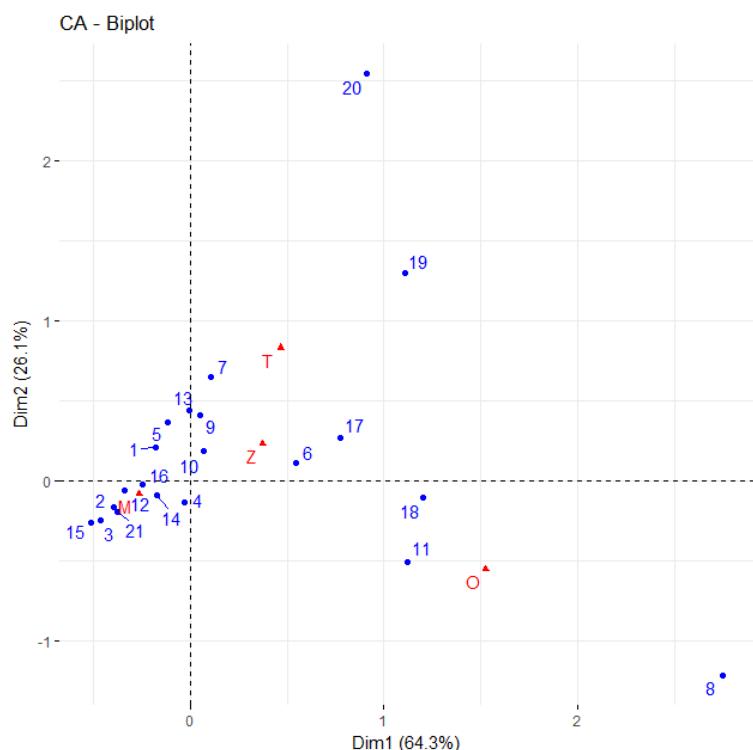
Fonte: O Autor, 2021.

Nota: *p** - *p*-valor obtido pelo teste de Cox-Stuart

5.3 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

A análise de correspondência foi realizada a partir de duas dimensões, uma representando os capítulos da CID e outra contemplados o tipo do tratamento. No Gráfico 8, abaixo, pode-se observar através da representação em plano cartesiano as relações de afinidade entre capítulos da CID e os tipos de tratamentos, com uma alta explicabilidade (90,4%). Destacam-se a concentração de capítulos da CID em torno dos medicamentos, afinidade entre tratamentos e os capítulos 7, 19 e 20 e a proximidade entre os capítulos 8, 11 e 18 com o perfil de outros itens.

Gráfico 8 – Representação das demandas judiciais por CID e tratamento em Pernambuco, 2015 a 2018 (pontos dispersos)



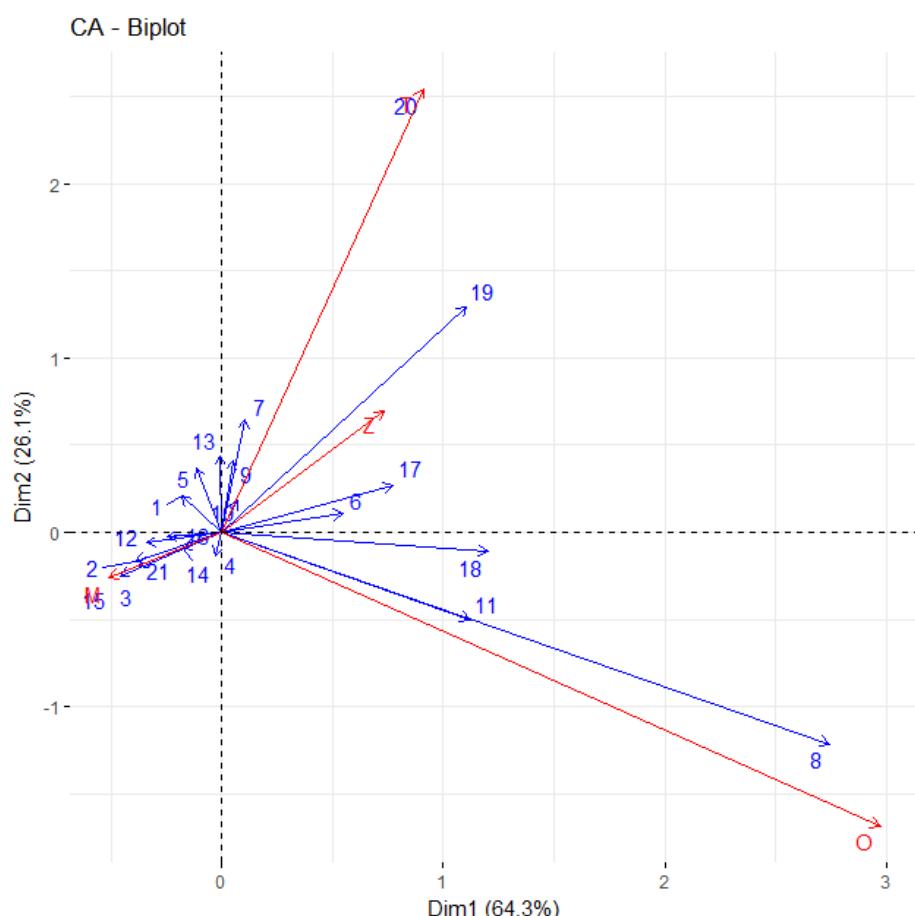
Fonte: O Autor, 2021.

Nota: 1 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 – Neoplasmas [tumores]; 3 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; 4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 – Transtornos mentais e comportamentais; 6 – Doenças do sistema nervoso; 7 – Doenças do olho e anexos; 8 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 – Doenças do aparelho circulatório; 10 – Doenças do aparelho respiratório; 11 – Doenças do aparelho digestivo; 12 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 – Doenças do aparelho genitourinário; 15 – Gravidez, parto e puerpério; 16 – Algumas afecções originadas no período perinatal; 17 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; 19 – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; 20 – Causas externas de morbidade e de mortalidade; 21 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; M – Requisições

de medicamentos; T – Requisições de tratamentos; Z – Ações que envolvem requisições de mais de um tipo; O – Requisições que envolvem outros tipos que não medicamentos ou tratamentos.

No Gráfico 9 observamos claramente o direcionamento do tipo de ações a depender dos capítulos da CID. Assim, ainda acordando com o gráfico, acentuam-se as relações de semelhança entre o capítulo 20 da CID e requisições de tratamento, ponderando que o capítulo 19 condiz com este perfil, contudo tende a ter mais requisições mistas. Em relação a outros tipos de pedidos, os capítulos 8, 11 e 18 apresentam seu destaque.

Gráfico 9 - Representação vetorial das demandas judiciais por CID e tratamento em Pernambuco, 2015 a 2018



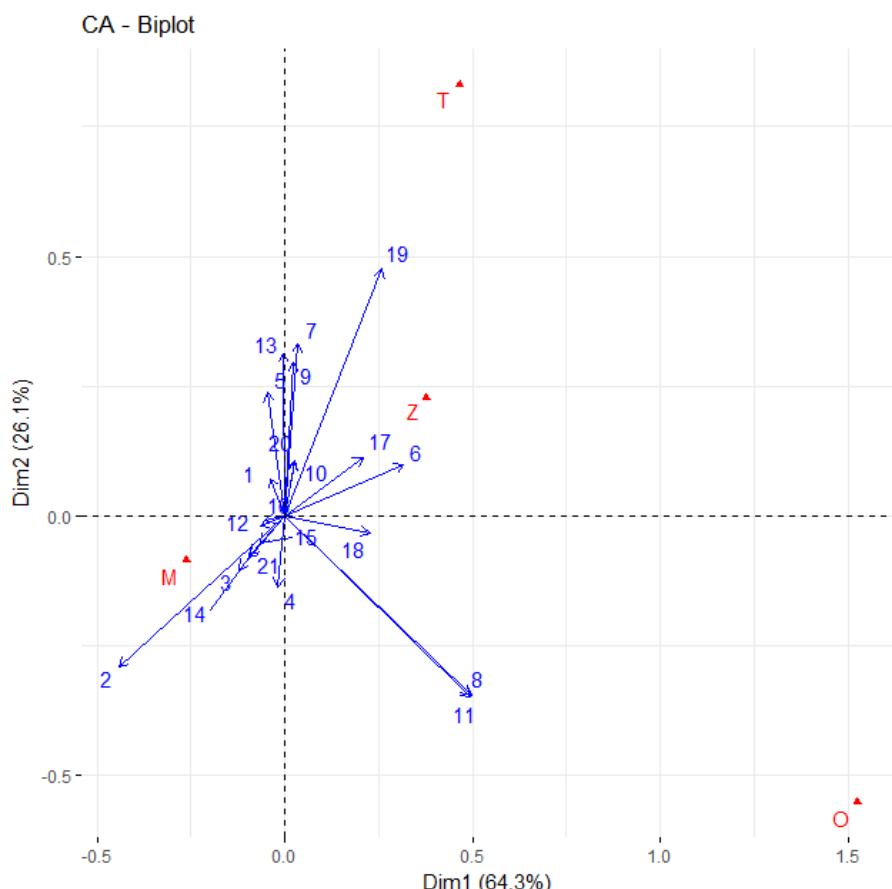
Fonte: O Autor, 2021.

Nota: 1 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 – Neoplasmas [tumores]; 3 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; 4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 – Transtornos mentais e comportamentais; 6 – Doenças do sistema nervoso; 7 – Doenças do olho e anexos; 8 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 – Doenças do aparelho circulatório; 10 – Doenças do aparelho respiratório; 11 – Doenças do aparelho digestivo; 12 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 – Doenças do aparelho genitourinário; 15 – Gravidez, parto e puerpério; 16 – Algumas afecções originadas no período perinatal; 17 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; 19 – Lesões, envenenamentos e algumas outras

consequências de causas externas; 20 – Causas externas de morbidade e de mortalidade; 21 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; M – Requisições de medicamentos; T – Requisições de tratamentos; Z – Ações que envolvem requisições de mais de um tipo; O – Requisições que envolvem outros tipos que não medicamentos ou tratamentos.

O Gráfico 10, abaixo, observa-se a tendência dos vetores (capítulos da CID) em relação aos tipos de medicamentos, assim confirmando as considerações feitas quanto ao Gráfico 8 e 9, quanto a relação do capítulo 19 com a demanda de tratamentos e dos capítulos 8 e 11 com outras demandas que não medicamentos e tratamentos. Nesta representação o capítulo 2, que concentra quase 32% das solicitações, destaca-se pela afinidade com solicitações de medicamentos.

Gráfico 10 - Representação vetorial das demandas judiciais por CID em relação ao perfil de demanda em Pernambuco, 2015 a 2018



Fonte: O Autor, 2021.

Nota: 1 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 – Neoplasmas [tumores]; 3 – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; 4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 – Transtornos mentais e comportamentais; 6 – Doenças do sistema nervoso; 7 – Doenças do olho e anexos; 8 – Doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 – Doenças do aparelho circulatório; 10 – Doenças do aparelho respiratório; 11 – Doenças do aparelho digestivo; 12 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 – Doenças do aparelho genitourinário; 15 – Gravidez, parto e puerpério; 16 – Algumas afecções originadas no período perinatal; 17 – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; 19 – Lesões, envenenamentos e algumas outras

consequências de causas externas; 20 – Causas externas de morbidade e de mortalidade; 21 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; M – Requisições de medicamentos; T – Requisições de tratamentos; Z – Ações que envolvem requisições de mais de um tipo; O – Requisições que envolvem outros tipos que não medicamentos ou tratamentos.

6 DISCUSSÃO

Em vista dos resultados, este estudo contrasta com os achados em Santa Catarina (Pereira *et al.* 2010), Brasília (DINIZ; MACHADO; PANALVA, 2014) e Pernambuco (Santana, 2019), onde a judicialização da saúde se mostrou um fenômeno crescente. Em virtude do exposto no Gráfico 3, indicando uma tendência constante na quantidade de ações judiciais impetradas durante os anos. Esse contraste se dá possivelmente devido aos diferentes momentos e regiões analisadas, uma vez que em 2009 há amplo debate sobre o tema através da audiência pública de número 4, convocada pelo STF.

Em Pernambuco a implementação do NAJ e do NAT podem ter colaborado para a situação de constante encontrada, uma vez que em Alagoas houve uma queda dos ajuizamentos devido ao atendimento das necessidades por outras vias (MACÊDO *et al.*, 2015).

Este estudo também complementa os achados de Barros e Castro (2016), que também analisaram o estado de Pernambuco, contudo entre os anos de 2009 a 2014 que indicaram um crescimento de processos e decisões judiciais.

Dentre os resultados demonstrados no Gráfico 2, ressalta-se a quantidade de ações ajuizadas devido ao capítulo II da CID, ou seja, neoplasias. Este resultado demonstra tema preocupante em vista do colocado por Barreto, Guedes e Rocha Filho (2019, p.218) “A judicialização de antineoplásicos é também um reflexo do complexo médico-industrial e de seu interesse econômico [...].” Vieira e Zucchi (2007) analisaram ações movidas contra o município de São Paulo durante o ano de 2005, dentre os achados ressalta-se que dos gastos totais 75% foram destinados a compra de antineoplásicos, sendo o câncer a segunda maior causa relatadas para as requisições. Este tema engrandece diante da tendência crescente de ajuizamentos devido a neoplasias em Pernambuco, explícita no Quadro 1, que estão intrinsecamente ligados a requisições medicamentosas, visto o Gráfico 10.

Quanto aos picos durante o ano de 2016 observados tanto na evolução das demandas judiciais (Gráfico 3) quanto na evolução dos ajuizamento exclusivamente de medicamentos (Gráfico 4) é necessário ponderar possíveis causas como demandas reprimidas ou eventos epidemiológicos de grande impacto. Assim, faz-se

necessários mais estudos afim de compreender a causa do súbito aumento de ajuizamentos medicamentosos.

Os resultados deste estudo também evidenciam grande quantidade de medicamentos solicitados, sendo estes 63% de todos os ajuizamentos registrados no NAJ, percentual condizente com o encontrado por Oliveira *et al.* (2018) e Santana (2019) em Pernambuco (63,5% e 61,8%, respectivamente), Macêdo *et al.* (2015) em Alagoas no período de 2009 a 2014 (63,1%) e Pereira *et al.* (2010) em Santa Catarina no período de 2000 a 2004. Opondo-se a predominância de solicitações judiciais de medicamentos, Diniz, Machado e Panalva (2014) concluíram que no Distrito Federal não há prevalência de requisições de medicamentos.

Apesar disso, o teste de Cox-Stuart não apontou crescimento quanto aos medicamentos, contrastando em primeiro momento os achados de Gomes *et al.* (2017), que analisaram as despesas totais de demandas judiciais destinadas ao orçamento do Ministério da Saúde com medicamentos, mostrando que em 2008 essas despesas foram menores que 200 milhões, com uma curva crescente culminando em 2015, onde o orçamento destinado a requisições medicamentosas alcançou a marca de 1 bilhão e 200 milhões de reais. Porem, visto o ponderado por Macêdo *et al.* (2015) medicações podem registrar um alto custo individual elevado, necessiando-se mais estudos para avaliar o impacto financeiro das medicações solicitadas.

Quanto aos tratamentos, o Gráfico 6 apresenta tendência crescente deste tipo de requisição, podendo levar ao longo do tempo a um perfil de solicitações diferentes, levando a uma minoração de ajuizamentos medicamentosos, como o observado por Diniz, Machado e Panalva (2014) em Brasília. Ressalta-se que em Pernambuco ações que solicitam mais de um tipo de demanda também tendem ao crescimento.

A partir dos resultados obtidos através do teste de Cox-Stuart, pode-se observar a tendência do crescimento a depender do capítulo da CID, apesar de não muito explícitos em estudos anteriores (BARRETO; GUEDES; ROCHA FILHO, 2019; DINIZ; MACHADO; PANALVA, 2014; SANTANA, 2019), os capítulos da CID são obrigatoriamente presentes nas requisições judiciais envolvendo questões de saúde, sendo uma das considerações tomadas pelo Poder Judiciário após 2009. Assim, a CID age como boa variável para a análise das ações.

Considerando o pensamento de Pimentel (2018), a judicialização da saúde indica vulnerabilidades na política pública de saúde adotada, sendo na perspectiva de Santana (2019) também um instrumento de reivindicação de um direito, a CID tem o potencial de auxiliar o poder público na identificação e processo decisório, permitindo ações específicas a cada grupo classificatório. O perfil de Pernambuco, visto nos resultados, demonstra tendência crescente de ajuizamentos devido a neoplasias, doenças do sangue, doenças dos olhos, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, alarmando ao poder público para revisão de sua atuação quanto a estas doenças. Da mesma forma, há decrescimento no ajuizamento de doenças endócrinas e doenças do aparelho geniturinário, podendo-se relacionar a mudança ou execução de alguma ação específica relacionada a estes grupos.

Há ainda de se analisar o quantitativo total das causas de ajuizamento juntamente com sua tendência, assim alarma-se às neoplasias. Seguidamente, estão em décimo primeiro a décimo segundo colocados as doenças dos olhos, malformações congênitas e anomalias cromossômicas e doenças do sangue, respectivamente.

A inovação desta pesquisa foi a utilização da análise de correspondência para a melhor representação gráfica entre conjuntos de variáveis, nessa perspectiva foi possível identificar os tipos de tratamentos mais requisitados entre os capítulos da CID mais ajuizados: neoplasias associando-se a maior requisição de medicamentos; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas requisitando demandas mistas e outras variáveis que não tratamentos e medicamentos e; doenças do sistema nervoso requisitando mais de uma tipo de demanda, grande parte relacionadas a tratamentos e outras que não medicamentos.

7 CONCLUSÃO

Dado o exposto, não há evidências de que a judicialização da saúde seja fenômeno crescente no estado de Pernambuco, visto o período analisado, ainda assim, há uma tendência crescente em quatro dos capítulos da CID, sendo o mais alarmante os ajuizamentos decorrentes de neoplasias, que predominam com alta quantidade de requisições, em sua maioria solicitando medicamentos. Também foi demonstrada que não houve tendência crescente naquelas requisições solicitando medicamentos, contudo as solicitações de tratamentos tiveram propensão crescente, assim possibilitando uma possível mudança no perfil de ajuizamentos ao longo do tempo.

Deve-se rever a atuação dos entes do Poder Executivo para acolhimento população que virá a ser acometida por neoplasias, visto que a judicialização da saúde se expressa devido a uma necessidade não satisfeita por vias normais dentro do serviço público.

Há ainda de se averiguar as causas dos súbitos aumentos de demandas medicamentosas no ano de 2016 e ainda de possível aumento ao final de 2018 afim de observar se é uma ocorrência de natureza burocrática ou epidemiológica. Assim, também há de se manter o monitoramento quanto as séries temporais de ajuizamentos, afim de entender a influências de origem política, social e epidemiológica.

Apesar da diversidade de informações exploradas no estudo, não foi objeto de análise o montante de recursos financeiros dispendido pelo poder público com as solicitações judiciais. Assim desconectando-se com outros vários que anseiam a análise dos gastos, fazendo-se necessários novas pesquisas, afim de situar o Estado de Pernambuco e seus gastos devido aos ajuizamentos.

Também é verificada a limitação quanto ao relacionamento com estudos que visam compreender o motivo de ajuizamento de medicamentos, observando-se a presença ou não dos mesmos na RENAME, importante caracterização a ser feita futuramente em Pernambuco, visto que a maior quantidade de ações solicita medicações.

A grande quantidade de estudos identificando proporção maior de 50% de requisições medicamentosas é alarmante, sendo assim, recomenda-se aos gestores

a adoção desta proporção como indicador de análise sobre a atuação da política de assistência farmacêutica.

Por fim, aconselha-se o uso da Classificação Internacional de Doenças na análise e descrição de futuros estudos, uma vez houve diferenças e semelhanças de a depender do capítulo da CID ao qual o imetrante é afetado, mostrando tendências e caracterizando doenças que necessitam maior atenção.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?lang=pt> . Acesso em: 31 ago. 2021.

BARBOSA, Oriana Piske de Azevêdo; MOHAMED, Caroline Piske de Azevêdo; BEZERRA, Ana Cristina Barreto; GUILHEM, Dirce. Considerações sobre os dilemas da bioética e da judicialização da saúde no Brasil. In: CARVALHO, Joatan Marcos (Dir.). **15ª Revista Judiciária do Paraná**. Curitiba: AMAPAR, 2018. p. 177-194.

BARRETO, Antonio Angelo Menezes; GUEDES, Diego Medeiros; ROCHA FILHO, José de Arimatea. A judicialização da saúde no Estado de Pernambuco: os antineoplásicos novamente no topo? **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 202-222, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164216> . Acesso em: 31 ago. 2021.

BARROS, Lívia Dias; CASTRO, Gina Gouveia Pires de. A Judicialização da Saúde em Pernambuco após a Audiência Pública nº 4 do Supremo Tribunal Federal: Uma Análise Quantitativa da Atuação do Judiciário na Garantia Do Direito Social À Saúde. **Rev. Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 154 - 174, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/1637/2122> . Acesso em: 31 ago. 2021.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JJLx5zBVfq4VBGRYhwFmVvC/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 31 ago. 2021.

BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/261> . Acesso em: 31 ago. 2021.

BRAGA, Bárbara Suellen Fonseca. **Gastos públicos com medicamentos judicializados no rio grande do norte nos anos de 2016 e 2017**. 2018. 64 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 238, de 06 set. 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. DJe/CNJ, nº 160, de 09/09/2016, p. 8-9. **Lex:** atos.cnj.jus.br, 2016b Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. **Despacho de convocação de audiência pública, de 5 de março de 2009.** Referente a Audiência Pública da Saúde nº4 ano 2009, Brasília, STF, 2009. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudenciaPublicaSaude/anexo/Despacho_Convocatorio.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques; GONÇALVES, Luiz Alberto Oliveira; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 165-176, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TvhmYHxb6MBmtPFmBSR8sVh>. Acesso em: 31 ago. 2021.

CHATFIELD, Chris; XING, Haipeng. **The Analysis of Time Series**: An Introduction with R. Boca Raton: CRC Press, 2019.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 94-115, 2015. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/199>. Acesso em: 31 ago. 2021.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PANALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.591-598, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PTXJ9db6bfHCrntkz4cfvsh>. Acesso em: 31 ago. 2021.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FARIAS, Dorane Rodrigues; SILVA, Maria da Vitória Costa e; SANTOS, Aline Sueli de Salles; PEREZ, Káthia Nemeth. Os desafios e as estratégias do poder judiciário no tocantins para a minimização da judicialização da saúde. **Revista Esmat**, Palmas, v. 8, n. 11, p. 29-56, 2016. Disponível em: http://esmat.tjto.jus.br/publicacoes/index.php/revista_esmat/article/view/122. Acesso em: 31 ago. 2021.

FERREIRA, Siddharta; COSTA, Aline Matias da. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 36, p. 219-240, 2013. Disponível em: <https://www.ifrj.jus.br/revista-sjrj/artigo/nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializacao-da-saude-constitucionais-ou>. Acesso em: 31 ago. 2021.

GOMES, Fábio da Costa Batista; RODRIGUES, Danilo de Souza; ARAKAKI, Fernanda Franklin Seixas; MENDES, Andréia Almeida; OLIVEIRA, Leônidas Meireles Mansur Muniz de. Crescente judicialização da saúde para garantia de direitos fundamentais e a teoria da reserva do possível. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG, 3., 2017, Manhuaçu. **Anais** [...]. Manhuaçu: UniFacig, p. 1-7. Disponível em: <http://pensaracademicofacig.edu.br/index.php/semariocientifico/article/view/513/43>. Acesso em: 31 ago. 2021.

GONDIM, Carolina Freixo Pinheiro Cavalcante; CASTRO, Luiza Alves de. A judicialização do direito à saúde e a atuação dos núcleos de assessoria técnica como instrumento de qualificação da judicialização. **Revista Ciências Jurídicas e Sociais Aplicadas**, [S. I.], v. 2, n. 1, p. 120-125, 2019.

HAIR, Joseph F.; BLACK, Bill; BABIN, Barry; ANDERSON, Ralph E.; TATHAM, Ronald L. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

INFANTOSI, Antonio Fernando Catelli; COSTA, João Carlos da Gama Dias; ALMEIDA, Renan Moritz Varnier Rodrigues de. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 473-486, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JGtssLPzoZ7yfQhT8cBQN3i>. Acesso em: 31 ago. 2021.

LEHTINEN, Esko; PULKKINEN, Urho; POERN, Kurt. Statistical Trend Analysis Methods for Temporal Phenomena. **SKI rapport**, [S. I.], v. 97, n. 10, 1997.

LIMBERGER, Têmis; FINGER, Brunize Altamiranda. Direito social à saúde no estado brasileiro: aspectos históricos e desafios contemporâneos. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Florianópolis, v. 2, n.1, p.38-58. 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/483>. Acesso em: 31 ago. 2021.

LOPES, Luciana de Melo Nunes; COELHO, Tiago Lopes; DINIZ, Semíramis Domingues; ANDRADE, Eli Lola Gurgel. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 124-131, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zg4Jnz5w58m3Hp9d69BYPZJ>. Disponível em: 31 ago. 2021.

MACEDO, Dartagnan Ferreira de; ATAIDE, João Antônio da Rocha; COSTA, Antonio Carlos Silva; SOUZA, Waldemar Antonio da Rocha de; RITA, Souza, Luciana Peixoto Santa. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no estado de

alagoas. **Revista de Administração de Roraima-UFRR**, Boa Vista, v. 5, n. 2, p. 300-325, 2015. Disponível em: <https://revista.ufrr.br/adminrr/article/view/2949>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/KpBKqMQwnsRjvjnzvFKfSqw>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MAXIMO, Huama; SILVA, Elizete Conceição. Trajetória de construção e (des) construção da política de previdência social dos pequenos produtores rurais e perspectivas futuras. **Revista Percurso - NEMO**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 129-149, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/49747>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MICROSOFT, Company. **Microsoft Excel 2013**. Recife: 2021.

MORAES, Dominique Souza de; TEIXEIRA, Roberta da Silva; SANTOS, Marisa da Silva. Perfil da judicialização do Método Therasuit e seu custo direto no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 22, p. e190006, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YZNrPpsyJZvMjNFz7Y3w5qb>. Acesso em: 31 ago. 2021.

OLIVEIRA, Fábio Henrique Cavalcanti de; LORENA SOBRINHO, José Eudes de; LIMA, Maria Cristina Sette de; MONTARROYOS, Ulisses Ramos; NEVES, Mirlene Giovanna Aragão Baía das; SILVA, Paula Rodrigues da; XAVIER, Laís Navarro; JORGE FILHO, Geraldo; GUEDES, Diego Medeiros; ALMEIDA, Flávio José Cintra de. Judicialização do Acesso aos Serviços de Saúde: análise de caso da Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 173-186, 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/489> . Acesso em: 31 ago. 2021.

PAULA, Carlos Eduardo Artiaga; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Meios para amenizar as consequências prejudiciais da judicialização da saúde. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 22-37, 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/1865>. Acesso em: 31 ago. 2021.

PEREIRA, Januária Ramos; SANTOS, Rosana Isabel dos; JUNIOR, José Miguel do Nascimento; SCHENKEL, Eloir Paulo. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3551-3560, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z8STZdSLHzYhBNzPV35HB4j> . Acesso em: 31 ago. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Destaques Gerais: Nats ganha sala no Fórum Rodolfo Aureliano. **Portal da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco**, Recife, 07 fev. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/nats-ganha-sala-no-forum-rodolfo-aureliano> . Acesso em: 22 set. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Destaques Gerais: SES estrutura Núcleo de Ações Judiciais para acelerar demandas da Saúde. **Portal da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco**, Recife, 04 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria/ses-estrutura-nucleo-de-acoes-judiciais-para-acelerar-demandas-da-saude> . Acesso em: 22 set. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Destaques Gerais: SES-PE discute a judicialização em saúde. **Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco**, Recife, 25 jul. 2019. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/ses-pe-discute-judicializacao-em-saude> . Acesso em: 22 set. 2020.

PIMENTEL, Melissa Soares. **Judicialização da saúde no Brasil**: um ensaio sobre a origem e os aspectos negativos e positivos desse fenômeno. 2018. 54 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário Toledo, Araçatuba, 2018.

THE R FOUNDATION. **R-Project**. Versão 4.0.4. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2020. A language and environment for statistical computing.

RIBEIRO, Catarina de Sá Guimarães; QUEIROZ, Cristina Câmara Wanderley. Breve panorama da judicialização da saúde no Brasil e os reflexos dos julgamentos dos recursos repetitivos pelos Tribunais Superiores. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 102-111, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/552> . Acesso em: 31 ago. 2021.

SANTANA, Sheila do Nascimento. **Judicialização da saúde no estado de Pernambuco**. 2019. 36 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, 2019.

SANTOS, Rodrigo Machado. A integralidade do SUS e a Judicialização por transplantes intestinais e multiviscerais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 130-140, 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/257> . Acesso em: 31 ago. 2021.

SCHULZE, Clenio Jair. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, [Porto Alegre], n. 58, 2014. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html . Acesso em: 31 ago. 2021.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de

Janeiro, v. 38, n. 100, p.18-25. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QLynyMZgwJPgVp8p7sP4HzQ>. Acesso em: 31 ago. 2021.

STIVAL, Sephora Luyza Marchesini; GIRÃO, Filomena. A judicialização da saúde: breves comentários. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 141-158, 2016. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/285>. Acesso em: 31 ago. 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/7744> . Acesso em: 31 ago. 2021.

VILELA, Leonardo Moura; MOLITERNO, Marcella Parpinelli; SANTOS, Alethele de Oliveira. Judicialização da saúde: um fenômeno a ser compreendido. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. **Coletânea Direito à Saúde Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: CONASS, 2018. p. 308-319. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42007> . Acesso em: 31 ago. 2021.

TEIXEIRA, Winston de Araújo. A (in)efetividade do ativismo judicial na garantia do direito constitucional à saúde. **Revista Brasileira de Filosofia do Direito**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 420-435, 2016. Disponível em:
<https://indexlaw.org/index.php/filosofiadireito/article/view/1716>. Acesso em: 31 ago. 2021.