

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

CAMILA CLAUDINO DE SOUZA

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO  
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Recife

2022

CAMILA CLAUDINO DE SOUZA

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO  
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Gestão e Economia da Saúde. Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Recife

2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S729a

Souza, Camila Claudino de

Análise dos fatores associados à judicialização da saúde no estado de Pernambuco / Camila Claudino de Souza. - 2022.

84 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências e apêndices.

1. Direito à saúde. 2. Política de saúde. 3. Decisões judiciais. I. Vaz, Paulo Henrique Pereira de Meneses (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2022 – 067)

CAMILA CLAUDINO DE SOUZA

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO  
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão e Economia da Saúde. Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 29/06/2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michelly Cristiny Pereira (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiane Almeida de Menezes (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Fábio Henrique Cavalcanti de Oliveira (Examinador Externo)  
Universidade de Pernambuco (UPE)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja presença se manifesta em todos os momentos da minha vida.

À minha família, pelo alicerce e incentivo aos estudos.

À Universidade Federal de Pernambuco, por ser a minha segunda casa desde 2007.

Ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID/MS), pelo financiamento do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da UFPE (PPGGES).

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, pelo acesso aos dados usados na pesquisa.

Ao meu orientador Prof. Paulo Vaz, pela sua sensibilidade e competência na instrução deste projeto.

Aos professores Michelly Pereira, Tatiane Menezes e Rodrigo Gomes, do PPGGES, pela inspiração; e aos gestores em saúde Geraldo Jorge e Diego Guedes pelo exemplo profissional.

À Profa. Maria Betânia Oliveira, por ser uma orientadora de sonhos, ao tornar a pesquisa uma paixão para mim.

Aos meus companheiros da caminhada científica que de alguma forma colaboraram com este projeto: Amanda Claudino, André Filipe Pessôa, Elisama Melquiades, Glauciene Rocha, Guilherme Queiroz, Leonardo Cavalcanti, Livia Verçosa, Renato Azedo e Sheila Melo.

## RESUMO

Com a expansão do Direito à Saúde houve o surgimento da judicialização da saúde, sendo necessário compreender os aspectos referentes a esse fenômeno, bem como elucidar seus dados. O objetivo deste trabalho foi analisar fatores associados à judicialização da saúde a partir de dados obtidos das ações judiciais propostas contra o Estado de Pernambuco. Foi conduzido um estudo a partir de banco de dados contendo 14179 observações, composto por dados processuais obtidos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, dos anos de 2015 a 2020. Foi utilizado o modelo de Regressão Logística para estimar os efeitos das variáveis relativas a dados demográficos, territoriais, profissionais envolvidos e dados de saúde dos pacientes, e informações sobre os medicamentos solicitados. O percentual de deferimento das ações judiciais foi de 91,67%, já os requerimentos administrativos constaram em 26,73% das ações. Há tendência de queda nas ações judiciais e nos requerimentos prévios na análise temporal. Pedidos de medicamentos corresponderam a 61,6% do total, seguidos de leitos hospitalares (8,7%), sendo este com maior percentual de deferimento (97,2%). Há alta demanda originada nos serviços vinculados ao SUS (74,5%) e alta participação da advocacia pública (53,5%). A demanda por medicamentos não incorporados ao SUS é de 54,36% do total, sendo a maior parte para antineoplásicos. A análise de regressão revelou que têm mais chances de deferimento ações patrocinadas pelo MPPE (OR=2,33), TJPE (OR=3,90) e vindas de comarcas do interior (OR=2,14). Observa-se prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, no entanto têm mais chances de deferimento pacientes portadores dos CID-10: N00-N99 (OR=1,92) e K00-K93 (OR=2,14). Quanto aos requerimentos administrativos, têm mais chances de realizar esses pedidos pacientes patrocinados pela DPPE (OR=1,32) e DPU (OR=1,63), e têm menos chances pacientes do interior (OR=0,09), assistidos por OSS (OR=0,54) e portadores de diagnósticos CID-10: C00-D48 (OR = 1,84) e N00-N99 (OR = 3,06). Não foi identificada influência do status da incorporação dos medicamentos no deferimento das ações ou na presença dos requerimentos. Os resultados desse estudo, além de fornecer um panorama da judicialização da saúde, permite uma análise do impacto dos fatores relacionados à judicialização nas políticas públicas de saúde. Aponta-se que a judicialização decorre de problemas relacionados à gestão dos serviços públicos, notadamente falta de leitos em UTI, e ainda de uma política de tratamento oncológico insuficiente.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Decisões Judiciais. Política de Saúde. Assistência Farmacêutica. Análise Estatística. Análise de Regressão.

## ABSTRACT

The expansion of the Right to Health gave rise to the health's judicialization, so it's necessary to understand the aspects related to this phenomenon, as well as elucidate its data. The aim of this study is to analyze factors associated with the health's judicialization using data gathered from lawsuits filed against the State of Pernambuco. We use a dataset with 14179 rows from 2015 to 2020, obtained from lawsuits filed against the State Department of Health. Logistic regression models were performed to estimate the effects of variables associated with demographic and territorial data, assistant professionals, patient's health information and medicines requested. About 91.67% of the analyzed lawsuits were deliberated by the Judiciary, and about 26.73% of them contained administrative requests. It's noted a downward trend both in the numbers of lawsuits and in the previous requests in the analyzed period. Medicines requests in the lawsuits correspond to 61.61% of the demands made on the deliberated lawsuits, followed by claims for hospital beds (8.7%), that present the highest percentage of approval. A high demand (74.48%) of prescriptions from the Brazilian Universal Health System (SUS) services was observed, even as the participation of the public defenders and prosecutors (53.5%). The demand for medicines outside the SUS formulary represents 54.36% of the total, and the most of them were antineoplastic drugs. Actions sponsored by the Public Prosecutor's Office of Pernambuco (OR=2.33), Second Instance Court of Pernambuco (OR=3.90) and those filed in the countryside (OR=2.14) are more likely to be granted. There is a prevalence of non-communicable chronic diseases, however, patients with ICD-10: N00-N99 (OR=1.92) and K00-K93 (OR=2.14) are more likely to be accepted. As for administrative requirements, patients sponsored by the Public Defender's State Office (OR=1.32) and Federal Public Defender's (OR=1.63) are more likely to make these requests, as well the patients from the countryside (OR=0.09), assisted by Social Health Organization (OR=0.54) and carriers of ICD-10 diagnoses: C00-D48 (OR = 1.84) and N00-N99 (OR = 3.06). There was no influence of the status of the incorporation of medicines in the deliberate lawsuits or in the existence of previous requests. The results of this study allow an analysis of the impact of factors related to judicialization on public health policies. It shows that the health's judicialization stems from problems related to the management of public services, notably lack of ICU beds, and also from an insufficient cancer treatment policy.

**Keywords:** Right to Health. Judicial Decisions. Health Policy. Pharmaceutical Services. Statistical Analysis. Regression Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Arranjos institucionais para enfrentamento da judicialização no Brasil, em nível federal	27
Quadro 1 –	Variáveis independentes selecionadas para a construção do modelo analítico	35
Gráfico 1 –	Número de casos novos de demandas judiciais em saúde (2015-2020)	38
Gráfico 2 –	Número de requerimentos administrativos prévios nas demandas judiciais em saúde (2015-2020)	39
Gráfico 3 –	Proporção de deferimento das decisões judiciais, por tipo de demanda de saúde	40
Gráfico 4 –	Proporção de presença de requerimento administrativo, por tipo de demanda de saúde	40
Gráfico 5 –	Evolução temporal das principais categorias de demandas de saúde (2015 – 2020)	41
Figura 2 –	Municípios de Pernambuco de acordo com o quantitativo de ações judiciais em saúde, ponderado pelo número de habitantes (2015 – 2020)	44
Gráfico 6 –	Medicamentos mais demandados judicialmente que foram incorporados ao SUS (2015-2020)	48
Gráfico 7 –	Classificação por status de incorporação dos medicamentos mais demandados judicialmente por tipo de comarca (2015-2020)	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Indicadores de gasto público em saúde de países da América do Sul no ano de 2018	23
Tabela 2 –	Quantitativo de ações judiciais em saúde e de requerimentos administrativos prévios (2015-2020)	38
Tabela 3 –	Frequência dos produtos e serviços de saúde demandados, agrupados por categoria	39
Tabela 4 –	Produtos e serviços de saúde mais demandados (2015-2020)	41
Tabela 5 –	Características dos demandantes e das ações judiciais em saúde	42
Tabela 6 –	Frequência dos diagnósticos, agrupados por capítulo da CID-10	45
Tabela 7 –	Diagnósticos mais frequentes, de acordo com a CID-10	46
Tabela 8 –	Medicamentos segundo classe anatômico-terapêutica mais frequentes e segundo status de incorporação dos medicamentos (2015-2020)	47
Tabela 9 –	Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais	52
Tabela 10 –	Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio	55
Tabela 11 –	Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais	59
Tabela 12 –	Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio	64

## LISTA DE EQUAÇÕES

$$\text{logit}(p_i) = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

Eq. (1).....36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CEP/UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPPE	Defensoria Pública do Estado de Pernambuco
DPU	Defensoria Pública da União
JEFPC	Juizado Especial da Fazenda Pública da Capital
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
NAJ	Núcleo de Ações Judiciais da SES/PE
NATJUS	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
NPU	Numeração Processual Única
OD	<i>Odds-ratio</i>
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OSS	Organização Social de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PPGGES	Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RL	Regressão Logística
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1	DIREITO À SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	17
3.2	ASPECTOS DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS REFERENTES À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	26
3.3	DADOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO .....	29
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA .....	38
5.2	ANÁLISE DE REGRESSÃO .....	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE A - DETALHAMENTO DAS VARIÁVEIS EXPLICATIVAS .....</b>	<b>84</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços na saúde pública que vem ocorrendo no Brasil desde o reconhecimento pela Constituição Federal (CF) de que a saúde se trata de um direito fundamental do cidadão e dever do Estado são irrefutáveis. Conforme estabelece o texto constitucional, a sua garantia deve ocorrer “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). A partir desse marco, o Brasil vem consolidando o Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema de saúde dinâmico e complexo, que ainda enfrenta desafios em sua estrutura de financiamento para viabilizar a sua universalidade, igualdade e sustentabilidade.

Com a expansão considerável do Direito à Saúde a partir da sua consolidação como garantia constitucional, observou-se o surgimento da judicialização da saúde, com ocorrência em diversos regimes democráticos (MACHADO; DAIN, 2012). O termo judicialização da saúde abrange temas vinculados à saúde tanto na esfera pública como na área da saúde suplementar, e ainda questões referentes ao biodireito. Neste projeto, a judicialização da saúde será discutida apenas no âmbito do SUS, no qual as causas das demandas judiciais podem partir de ineficiências da gestão da política pública de saúde e de solicitações individuais que pleiteiam itens não contemplados pela política de saúde (INSPER, 2019b).

Para além da Constituição Federal, o fortalecimento da saúde pública no Brasil também está vinculado, no contexto internacional, à Agenda 2030, a mais ampla referência na atualidade no campo da construção de modelos de desenvolvimento inclusivos e de justiça social. Promulgado em 2015, esse programa é resultado de um acordo estabelecido por países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que buscam atingir 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) previstos. Especificamente para a área da saúde, o ODS 3 - Saúde e Bem-estar almeja “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”. No Brasil, tal objetivo teve suas metas ajustadas de forma a se adequar ao contexto nacional (SÁ; BENEVIDES, 2019; VIEIRA, 2020b).

No entanto, sem o aporte suficiente de recursos no financiamento público do SUS e de outras políticas sociais que impactam nos determinantes sociais da saúde, bem como sem a redefinição de prioridades das atuais políticas de saúde, as metas estabelecidas no ODS 3 podem não ser atingidas, visto que dependem diretamente da ampliação e da melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde (VIEIRA, 2020b).

A escassez de recursos do SUS tornou-se ainda mais crítica com o advento da pandemia

provocada pelo vírus Sars-CoV-2, cujas consequências precisam ser combatidas com urgência (WANG *et al.*, 2020). A crise sanitária global causada pela COVID-19 sobrecarregou os sistemas de saúde em todo o mundo e trouxe à tona a importância da existência de uma infraestrutura pública de saúde robusta, bem-estruturada e resiliente (BENJAMIN, 2020). No entanto, no Brasil, mesmo diante da urgência no enfrentamento da COVID-19, que alcançou a posição de quinto tratamento de saúde mais frequente no país no ano de 2020 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021), o modelo de financiamento do SUS não foi modificado, o que intensificou os problemas de subfinanciamento (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Ainda, perante fatores como o envelhecimento da população brasileira e o consequente aumento da demanda por novas tecnologias de alto custo que pressionam para que sejam rapidamente incorporadas ao sistema público de saúde, o gestor do SUS se vê desafiado constantemente. Os recursos são escassos e precisam ser aplicados de forma eficiente e equitativa (VIEIRA *et al.*, 2017).

Por todos esses fatores, conjectura-se que haverá maiores dificuldades para a garantia do direito à saúde, implicando em maior gasto privado por parte da população no mercado de planos de saúde; na maior busca pela judicialização da saúde pelos cidadãos conscientes de seu direito e da responsabilidade do Estado; e, ainda, na queda da qualidade e da oferta de serviços para os mais vulneráveis (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). É imprescindível, portanto, buscar o equilíbrio, baseado nos aspectos jurídicos, médicos, farmacêuticos, administrativos e orçamentários envolvidos na ação judicial, a fim de evitar a garantia de mais direitos a quem tem mais acesso em detrimento dos menos favorecidos (ALCÂNTARA, 2016).

Diante da sua relevância, a judicialização da saúde vem sendo objeto de pesquisas no Brasil, embora essa produção necessite de mais investimentos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Importa destacar, também, que a maioria das produções científicas sobre o tema da judicialização da saúde tem como objeto a judicialização de medicamentos. (BITTENCOURT, 2016).

Há, inclusive, pesquisas abrangentes que coletam dados a partir de bases de gestão processual sobre processos indexados como temas de saúde, porém, muitas vezes, essas bases não oferecem um padrão na organização das informações (INSPER, 2019b). É fundamental avançar nesse campo de pesquisa a partir dos fatores relativos à condição de saúde do paciente, entre outras variáveis, que permitam um maior entendimento das condições que podem resultar numa demanda judicial em saúde.

O debate sobre os motivos, formas e consequências da Judicialização da saúde foi marcado por argumentos polarizados e informações limitadas. Nesse sentido, Bittencourt

(2016, p. 116) aponta que “de um lado, há o entendimento de que este fenômeno é um empecilho para a efetivação do direito à saúde, enquanto direito coletivo, e de outro entende-se que este fenômeno é uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia”. Na abordagem proposta por Biehl *et al.* (2019), nomeada Judicialização 2.0, propõe-se entender o litígio do Direito à Saúde como um sistema localizado, complexo e dinâmico, intrínseco à vida democrática, que possibilita a produção de dados robustos em tempo real, de forma transparente e viável para definição de prioridades para os sistemas de saúde.

Essa preocupação em promover uma maior interação entre a academia, entendida como as áreas de educação e pesquisa, e os serviços, a exemplo do sistema de saúde, encontra respaldo nos ganhos que podem ser adquiridos com os seus resultados. Vieira *et al.* (2017) pontua que a articulação entre esses dois setores do serviço público promove, entre outros benefícios, a produção de evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão no âmbito do SUS.

No Estado de Pernambuco, contudo, poucos estudos publicados avaliam a judicialização da saúde. As pesquisas já realizadas apontam que esse fenômeno tem tomado grandes proporções no Estado, trazendo reflexos nos gastos públicos (BARRETO; GUEDES; ROCHA FILHO, 2019). Nesse contexto, o presente estudo se propôs a analisar quais fatores estão associados à judicialização da saúde em Pernambuco, visto que não há na literatura trabalhos que busquem identificar as relações existentes entre fatores encontrados no processo judicial e a decisão judicial.

Este estudo foi de caráter quantitativo, descritivo e analítico. Os dados foram obtidos em uma base de informações do Núcleo de Ações Judiciais (NAJ) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE. Acerca dos aspectos éticos, esta pesquisa teve aprovação concedida pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE).

Além desta introdução, o presente trabalho conta com mais seis capítulos. Na próxima seção, são apresentados os objetivos da pesquisa. A terceira seção aborda a revisão da literatura, que versa sobre os seguintes tópicos: direito à saúde na realidade brasileira: elementos para a compreensão da judicialização da saúde; aspectos das relações institucionais referentes à judicialização da saúde no Brasil; e dados da judicialização da saúde no Brasil e em Pernambuco.

Na seção seguinte, é exposto o método utilizado. Na quinta seção, são apresentados os resultados e em sequência, a discussão. E, finalmente, na sétima e última seção, é desenvolvida a conclusão, que agrega todas as informações discutidas neste trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar fatores associados à judicialização da saúde a partir de dados secundários obtidos das ações judiciais propostas contra o Estado de Pernambuco.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Discutir aspectos relativos ao direito à saúde e à judicialização no Brasil, a partir da compreensão do contexto da realidade brasileira e das relações institucionais;
- Descrever o perfil dos pacientes, das ações judiciais, das patologias e dos objetos demandados;
- Delinear modelo de regressão logística múltipla para as variáveis de resposta referentes ao deferimento do pedido judicial e à presença de requerimento administrativo, a fim de avaliar os impactos na probabilidade de judicialização.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 DIREITO À SAÚDE NA REALIDADE BRASILEIRA: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, os direitos sociais surgiram com a Constituição de 1934, com a exigência da atuação positiva do Estado a fim de promover direitos iguais para todos perante a sociedade (SCHULZE, 2019a). Na Constituição vigente, “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, art. 6).

Os direitos sociais são passíveis do controle judicial, visto que esses direitos possuem aplicabilidade imediata e são também uma cláusula pétrea da Constituição, portanto não podem ser suprimidos. Além disso, já está consagrada a obrigação estatal de cumprir mandamentos que baseiam a teoria dos direitos sociais, entre eles a vedação de retrocesso social e o dever do progresso, que traduzem-se na tese de que é preciso sempre mais em matéria de direito à saúde; porém, rejeita-se a interpretação de direito absoluto (SCHULZE, 2019a).

A Constituição Federal de 1988, ao trazer a saúde como direito social fundamental, foi pioneira em estruturar a saúde pública e privada no Brasil, e além de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurou o acesso universal e o atendimento integral através de um sistema hierarquizado com rede regionalizada, organizado e único (GEBRAN NETO, 2019a).

A partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde — a Lei 8.080/1990 — é possível identificar os princípios que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema de saúde brasileiro. A saúde é um direito social centrado no princípio da universalidade, que traz a garantia estatal às condições de acesso ao pleno atendimento à saúde preventiva e curativa para o brasileiro, bem como assegura a igualdade de acesso, ficando vedadas discriminação de raça, sexo, religião, condição econômica ou social (GEBRAN NETO, 2019a; MATTA, 2010).

Outro elemento é o chamado princípio da integralidade, associado ao entendimento de que a saúde deve ser compreendida em todos os aspectos, com noção de prevenção, proteção e recuperação, através de regras transparentes, e que priorizem as atividades preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Ainda, as ações de saúde devem ser organizadas de forma que atendam às diversas demandas das pessoas e dos grupos sociais, de forma multidisciplinar e centrada no sujeito (GEBRAN NETO, 2019a; MATTA, 2010).

Destaca-se que o princípio da integralidade não pressupõe o atendimento de

expectativas individuais, e sim a obrigação de se construir políticas públicas que maximizem a concretização do direito à saúde, promovendo progressivamente maior e melhor cobertura do atendimento em saúde (GEBRAN NETOa, 2019).

O princípio da equidade traz a percepção da igualdade cidadã, uma vez que todos os brasileiros têm o direito político de acesso ao sistema de saúde, uma forma de cidadania sanitária. Esse princípio não se traduz em igualdade do acesso, e sim na atenção às desigualdades encontradas nas demandas coletivas e individuais, sendo necessária a estipulação de critérios de distribuição que reflitam na formulação de políticas e prioridades em saúde (MATTA, 2010).

Os direitos sociais têm um amplo objeto de tutela, enquanto exigem uma série de medidas para serem concretizados. A partir dessa necessidade de ofertar uma grande estrutura estatal, surge um conflito acerca do papel do Estado nessa atuação, por se contrapor à ideologia do neoliberalismo, esta prevalente nos últimos governos (ROCHA, 2011; SANTOS; VIEIRA, 2018). Nesse cenário, apesar da consolidação do direito à saúde no texto constitucional, esses debates em torno do modelo de estado de bem-estar social em implantação na saúde culminaram em lutas permanentes para a consolidação do SUS (VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

Um aspecto do direito à saúde a ser destacado é que a noção de saúde constante na CF vincula as condições de saúde da população ao contexto econômico e social do país, portanto a saúde não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença (MATTA, 2010). Dessa forma, fatores de ordem social, regional, econômica, psicológica, étnico-racial, entre outros elementos, são determinantes das condições de saúde da população, e alguns desses determinantes são definidos conforme texto da Lei nº 8.080:

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, art. 3º).

Assim, o SUS é um importante instrumento para o cumprimento de ações para que se promova a saúde da população, porém não é o único meio para que o Estado cumpra seu dever. Para tanto, são necessárias políticas públicas não só de saúde, mas de todo o conjunto de programas e ações do Estado nas mais diversas áreas que impactam nos fatores de adoecimento dos indivíduos.

O texto constitucional, a despeito da luta histórica do movimento pelo direito à saúde no país, legitima a coexistência de um sistema privado de saúde, regido pela liberdade de ação, pela lógica de mercado e pela restrição aos que podem arcar com os seus custos, com o sistema

público de saúde, calcado em princípios de solidariedade, universalidade e igualdade (GEBRAN NETO, 2019a). Assim, as interações entre os sistemas público e privado provocam contradições por terem bases ideológicas opostas, que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Sob o prisma da atuação dos poderes estatais, a crise institucional do Estado Brasileiro na promoção dos direitos sociais decorre de deficiências no desempenho dos poderes. Pontos essenciais para a sociedade são temas que desafiam o Poder Legislativo, seja por omissão, para evitar comprometimentos políticos, como também por falta de legitimação democrática. Já no Poder Executivo, a baixa governança, o alto número de cargos comissionados e a inércia na construção e execução de políticas públicas impedem a boa condução da administração pública brasileira (SCHULZE, 2019a).

Ainda, a eficiência, princípio previsto no artigo 37 da CF, tem papel fundamental na concretização dos direitos sociais, porém a despeito do texto constitucional, este princípio ainda não se encontra consolidado na Administração Pública (ROCHA, 2011; SCHULZE, 2019a).

A carência da efetivação dos direitos sociais causada pela omissão do Estado, portanto, acaba por induzir um maior controle da atuação estatal através do Poder Judiciário, a fim de corrigir omissões ou violações cometidas pelos poderes competentes; soma-se a isso a grande indeterminação no conteúdo expresso na Constituição e em normas gerais, deixando lacunas para a implementação dos direitos sociais. Sendo assim, pode-se entender que a ascensão institucional do Poder Judiciário, em matéria de direito à saúde, também é uma representação da crise do Estado Brasileiro (ROCHA, 2011; SCHULZE, 2019a).

A partir do panorama delineado, é imprescindível o entendimento do direito à saúde no contexto das limitações financeiras, tecnológicas e de recursos humanos (SCHULZE, 2019a). A profusão de tecnologias em saúde gera uma grande quantidade de informação técnico-científica, que devem ser analisadas visando à oferta para a população de tecnologias eficazes, eficientes, seguras e de alta qualidade ao custo que possa ser financiado pela sociedade (VIEIRA, 2020a).

É nesse cenário de limitações e de busca ao direito à saúde que tem-se assistido, nas últimas décadas, ao crescente número de demandas judiciais em assuntos de saúde. A judicialização da saúde pode ser compreendida pela seguinte definição:

A judicialização da saúde é definida como uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde. (VIEIRA, 2020a, p.25).

Ao analisar as demandas anuais de primeira instância judiciária, entre os anos de 2008 e 2017 observou-se um crescimento de aproximadamente 130% nas ações relativas à saúde, enquanto para o número total de processos, o crescimento foi de 50%, revelando o crescimento superior das demandas judiciais sobre saúde (INSPER, 2019b). A Judicialização da saúde, no contexto de que a prestação de serviços de saúde implica na distribuição de recursos escassos em uma sociedade complexa, é um fenômeno que surge desta disputa estrutural por recursos, apresentando grande relevância no estudo das relações socioeconômicas (INSPER, 2019a).

As primeiras decisões judiciais foram proferidas no final da década de 1990, mediante as quais foi determinada ao Estado a distribuição gratuita de medicamentos para pacientes portadores do vírus HIV, que junto à luta de movimentos sociais, culminou em políticas públicas para assistência desse público. A partir disso, inicia-se uma fase de interpretação do direito à saúde como um direito individual, de execução imediata e instrumental, através do qual se garante o acesso a bens e serviços de saúde requeridos (VIEIRA, 2020a).

O aumento do nível de consciência dos cidadãos sobre a possibilidade de obter do Estado produtos e serviços de saúde através da via judicial, bem como a já consolidada jurisprudência sobre o tema, apontam para a relevância do fenômeno da judicialização da saúde, bem como revela que o direito à saúde no Brasil é interpretado atualmente como um direito individual a produtos e serviços de saúde, distanciando-se do direito coletivo a programas e políticas a serem implantadas pelo Estado (VIEIRA, 2020a).

Ainda, as limitações do direito à saúde, de uma forma geral, não são bem compreendidas pelos juízes de direito, que muitas vezes concedem liminares sem solicitar uma análise técnica especializada. Os juízes tendem a deferir os pedidos por entender que negá-los seria sinônimo de "sentença de morte" para aquele indivíduo. Essa interpretação que fazem do direito à saúde, portanto, é colocá-lo como individualizado, absoluto e ilimitado, por ser ligado ao direito à vida (STIVAL, GIRÃO, 2016).

Nesse mesmo entendimento, um estudo etnográfico<sup>1</sup> realizado por Flores (2017) aponta para um processo de transformação do direito à saúde em direito à vida, manifestado, além da construção do texto legal, através dos elementos de mobilização e dos sentimentos dos agentes públicos envolvidos no processo judicial, que lidam com dilemas que emergem desses processos. Ainda, Cruz (2015) aponta também que tratamento jurisprudencial dado ao direito à saúde é distinto e assistemático, ao comparar à prática observada nos outros direitos sociais

---

<sup>1</sup>Um estudo etnográfico refere-se à análise descritiva das sociedades humanas, em grupos de pequena escala, com a finalidade de conhecer melhor os valores, crenças, comportamentos de um grupo social através uma variedade de técnicas, como observação direta, entrevistas, análise documental, entre outros métodos de coleta de dados.

constitucionais.

Além dos elementos relativos ao direito à saúde, destaca-se ainda um aspecto cultural existente no Brasil: a medicalização da saúde. Este termo surgiu na década de 1950, quando foram iniciados vários estudos sobre os efeitos do saber médico na sociedade. Entende-se como medicalização o processo de transformação de problemas não considerados médicos, em problemas médicos. Isso é materializado por meio das tecnologias e intervenções promovidas pela indústria farmacêutica, que disseminam seus produtos como “solução”, da “cura” para todo e qualquer “mal” (SILVA, 2021).

De fato, o conceito de saúde não pode ser reduzido à ausência de doença, pois envolve aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e social. É preciso fomentar mudanças no estilo de vida, com incentivo ao ócio criativo e práticas de bem estar e de bem viver para a promoção da saúde (SCHULZE, 2019b). Para as instituições jurídicas, isso trata-se de um desafio complexo, pois é necessário buscar a promoção de uma visão holística e desmedicalizada da saúde, que deve considerar o paciente enquanto ser com autonomia e inserido em um contexto social (MARQUES *et al.*, 2019). Porém, em estudo realizado por Marques *et al.* (2019), que analisa parâmetros decisórios em enunciados, recomendações, resoluções e declarações do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, foi apontada a existência de um forte caráter medicalizante nesses documentos.

É importante reconhecer que o Direito à Saúde deve se dar a partir de um processo sistêmico, envolvendo todos os Poderes do Estado. É determinante ainda que lacunas legais e normativas sejam preenchidas, a fim de esclarecer o escopo e limites de cobertura do sistema de saúde (NÓBREGA; BARROS, 2020). Para viabilizar esse processo, é necessário o estreitamento dos canais de comunicação entre gestor e magistrado, sob pena de inviabilizar a gestão estratégica do sistema de saúde. É imprescindível, portanto, que o Judiciário reconheça que não há meios para garantia do direito à saúde tal qual previsto na Constituição Federal, que não sejam os das políticas públicas sociais e econômicas, e passe cada vez mais a buscar a parametrização da atuação do Poder judiciário na efetivação da saúde (VIEIRA, 2008; NÓBREGA; BARROS, 2020).

No que concerne à sustentabilidade econômica do SUS, o Estado brasileiro não tem assegurado as condições necessárias, sendo o subfinanciamento crônico um dos maiores obstáculos para manutenção e melhorias do sistema. Ainda, os estímulos governamentais ao setor privado, identificados através de deduções e isenções fiscais, sub-regulação do setor, fomento aos estabelecimentos filantrópicos-privados, o pagamento de planos de saúde para servidores públicos, entre outros incentivos, contribuíram para o aprofundamento da

fragmentação e segmentação do sistema de saúde brasileiro. O resultado é a existência de um sistema privado de saúde forte, em paralelo e em detrimento do componente público, desvelando o fato de que o Brasil não dispõe de um sistema realmente único de saúde (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016; BAHIA; SCHEFFER, 2018; PAIM, 2018; SOUZA *et al.*, 2019).

As desigualdades em saúde no Brasil são elevadas e persistentes, conforme evidências apontadas por Vieira (2020a). Essas iniquidades são injustas, evitáveis e indesejáveis, e estão sendo ampliadas em consequência da crise fiscal e política na qual o Brasil está imerso, e pelas medidas de austeridade adotadas, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95. Este dispositivo congela em termos reais a aplicação mínima federal de 2018 a 2036, tornando praticamente impossível a ampliação de recursos a serem destinados ao SUS, mesmo em contexto de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Não obstante, a crise econômica não pode ser utilizada como justificativa para a violação de direitos sociais, tal qual o direito à saúde, visto que atinge afetando proporcionalmente mais os mais vulneráveis, como também fere o princípio da vedação de retrocesso social (DOTTA; MARQUES, 2017; SANTOS; VIEIRA, 2018). Para Vieira, Piola e Benevides (2019), a importância da vinculação orçamentária do gasto em saúde está na proteção contra o retrocesso nas políticas públicas de saúde, visto que preserva o gasto em saúde e de outras políticas sociais durante as crises econômicas, garantindo assim o bem-estar da população; ainda, permite ampliar e melhorar os serviços oferecidos à população nos momentos de crescimento econômico, criando condições para que o nível de saúde e de bem-estar avancem nos momentos em que há maior produção de riquezas pelo país.

Para aprofundar essa discussão sobre o financiamento em saúde no Brasil, faz-se necessário realizar uma análise comparativa dos gastos públicos em saúde nos diversos países. Alguns indicadores podem apresentar um panorama da situação do financiamento da saúde nos países: na tabela 1, estão relacionados a porcentagem do PIB investido em saúde, o gasto público como participação do PIB, bem como o gasto público per capita (em paridade de poder de compra - PPC<sup>2</sup>), todos referentes ao ano de 2018; foram apresentados dados de sete países da América do Sul: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela, escolhidos por terem introduzido reformas e políticas públicas em saúde afim de ampliar o acesso universal

---

<sup>2</sup>A Paridade de Poder de Compra (PCC) é um método de ajuste empregado em comparações internacionais do PIB, estimado a partir da construção de variáveis de preços médios, utilizando um conjunto de preços comuns para todos os países. Este critério reflete o custo de vida nos países por comparar a produtividade econômica e os padrões de vida entre as nações. A comparação pura entre os PIB dos países não oferece uma boa perspectiva acerca do padrão de vida nos países analisados, pois fatores como variações nas taxas de câmbio e diferenças sistemáticas nos preços de um país para outro trazem uma grande distorção para a análise.

em saúde a partir da década de 1980. Apesar de vários desses países enfrentarem dificuldades estruturais em seus sistemas de saúde e conjunturas de mudanças políticas e socioeconômicas, é fundamental que os princípios direcionadores do direito à saúde sejam fortalecidos (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

Tabela 1— Indicadores de gasto público em saúde de países da América do Sul no ano de 2018

País	PIB (%)	Gasto público (%)	Relação gasto público/ gasto total (%)	Gasto público per capita (PPC*)
Uruguai	9,2	6,7	73	1583
Argentina	9,6	5,9	61	1222
Chile	9,1	4,6	51	1172
Colômbia	7,6	5,5	72	827
<b>Brasil</b>	<b>9,5</b>	<b>4,0</b>	<b>42</b>	<b>638</b>
Equador	8,1	4,2	52	496
Peru	5,2	3,3	63	480
Paraguai	6,7	2,9	44	409
Bolívia	6,3	4,5	71	353
Venezuela	3,6	1,7	48	183

Fonte: World Health Organization - Global Health Expenditure Database. Disponível em:

<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Elaboração da autora (2022).

\*PPC: Paridade do poder de compra, em dólares internacionais.

Ao analisar o gasto público com saúde, é fato que o Brasil é o único país com sistema universal no qual o gasto público representa menos que a metade do gasto total em saúde (PIOLA; BARROS, 2016). Esse fato também é observado na comparação do Brasil com os países sul-americanos analisados: o Brasil tem a menor proporção entre o gasto público e o gasto total em saúde, conforme tabela 1. Ainda no contexto comparativo com outros países, os gastos públicos em Saúde no Brasil são inferiores do que as médias em outros países, seja tanto em termos per capita como no percentual do gasto em relação ao PIB (GEBRAN NETO, 2019a).

No entanto, é importante analisar a gestão da eficiência no sistema de saúde, o que por parte dos gestores públicos envolve a determinação de melhores processos de produção nas ações de saúde e maior controle nos gastos públicos, bem como a construção de indicadores de resolubilidade das demandas de saúde. Estudos apontam que a judicialização pode gerar ineficiência no SUS, uma vez que impacta nas escolhas alocativas em um sistema subfinanciado, e impõe ao sistema o fornecimento de tecnologias que ainda não têm estudos de efetividade e segurança consolidados, e que não avaliam suas escolhas ao analisar os custos de oportunidade envolvidos (CZORNEI; ROTTA; CARLOTTO, 2022).

Diante da complexidade do tema e de suas implicações, é inescusável a discussão acerca

dos aspectos positivos e negativos da judicialização. Alguns autores versaram sobre este debate, no entanto há de se compreender que não há uma resposta única e consensual sobre os benefícios da judicialização ao sistema de saúde brasileiro. Gebran Neto (2019a) aponta que a judicialização acarreta desorganização ao SUS, tem influência negativa sobre as finanças públicas, propicia a interferência indevida do Judiciário na condução de políticas públicas e causa inequidades no sistema de saúde, sendo esse os aspectos negativos.

Em contraponto, a judicialização da saúde impacta positivamente no fomento de políticas públicas a partir de demandas de grupos organizados; compele o poder público a realizar revisão das políticas, culminando em ações administrativas e legais (atualização e formulação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, fixação da lei 12.732/2012 – lei do prazo para início do tratamento do câncer, entre outros avanços); e finalmente, traz o tema da saúde para a pauta política (GEBRAN NETO, 2019a).

Agregando o fator do financiamento da saúde à discussão sobre a judicialização, é necessário entender o impacto das demandas judiciais relativas à saúde no orçamento das políticas de saúde no Brasil. Segundo levantamento da CNJ, os gastos do Ministério da Saúde – MS com demandas judiciais cresceram em torno de treze vezes entre os anos de 2008 a 2017, atingindo o montante de 1,6 bilhão de reais em 2016; apesar desse valor representar uma pequena parte frente ao orçamento total para a saúde, ele abrange parte substancial da fração discricionária do mesmo, impactando a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das ações judiciais (INSPER, 2019b). Ainda, há o fato de que nem sempre esses gastos com judicialização são destinados para aquisição de medicamentos de segurança e eficácia comprovadas (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

Mesmo diante dos dados existentes, não é possível afirmar (e nem negar) que os valores gastos com a compra de medicamentos demandados judicialmente comprometem o orçamento do SUS (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Contudo, para Caetano *et al.* (2020), há necessidade de monitoramento e auditoria nos processos de compra de medicamentos por demandas judiciais, especialmente daqueles de alto custo, que implicam em grande impacto financeiro para o MS.

Numa discussão acerca da relação entre a judicialização e as classes sociais, embora vários estudos apontem que há o favorecimento de indivíduos com boas condições socioeconômicas, há resultados contraditórios (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Segundo Medeiros, Diniz e Schwartz (2013), não é possível afirmar

nem desconsiderar a tese de que a judicialização se dá por indivíduos com maior poder aquisitivo. Os autores apontam que o suposto problema distributivo acerca da judicialização não parece estar na origem de classe dos usuários que recorrem ao Judiciário, mas sim de fatores como os interesses de laboratórios e empresas farmacêuticas e a ineficiência estatal da administração da política de assistência farmacêutica, tanto em relação aos critérios de incorporação tecnológica como também às questões de planejamento e gestão de estoques.

Em reforço à tese da interferência do setor industrial farmacêutico, Pepe *et al.* (2010) apontam para a possibilidade de que a prescrição de um medicamento sem registro sanitário no país, fornecido por via judicial, pode ser uma estratégia de pressão da indústria farmacêutica pela aprovação do produto pela autoridade reguladora. Oliveira (2019) também destaca o *lobby* exercido pela indústria farmacêutica, que instrumentaliza a judicialização da saúde pública para geração de lucro.

Em uma análise da interferência gerada pelas decisões judiciais em saúde, Paixão (2019) aponta que há um *trade-off* inerente à judicialização que deve ser considerado pelo Poder Judiciário. As decisões tomadas pelos magistrados, ao deferir um pleito que determine a prestação de uma atividade assistencial, automaticamente força o Poder Executivo a transferir recursos de uma política pública para custear o cumprimento da decisão judicial. Diante dessa interação, Pauli (2018) aponta que, para o efetivo exercício da autoridade e do controle no âmbito do direito à saúde pelos poderes Executivo e Judiciário, devem ser implementadas discussões interdisciplinares e intersetoriais. A autora ainda demonstra que, pela análise do discurso, o Poder Judiciário não compreende a linguagem e o arcabouço legal do SUS.

Permeando ainda questões relevantes sobre o sistema de Justiça, Vieira (2020a) destaca a relevância da microjustiça, ou justiça do caso concreto, para assegurar que todos os indivíduos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado, segundo as condições delimitadas pelas políticas públicas, e não de forma indiscriminada para ofertas personalizadas de tecnologias em saúde. Se, no entanto, há problemas de formulação e implementação da política, ou omissão estatal para um determinado problema da população, é necessário que o Poder Judiciário exercite a macrojustiça, a fim de provocar o Executivo para que cumpra os desígnios constitucionais em matéria de direitos. Nesse contexto, o financiamento e a gestão do SUS seriam pontos de partida para o exercício da macrojustiça no âmbito do direito à saúde.

Por fim, para Biehl, Social e Amon (2016), a experiência do Brasil revela o papel significativo da sociedade civil e do Poder Judiciário no monitoramento da qualidade da assistência e na avaliação da necessidade de novas tecnologias em saúde. O estudo aponta para a importância da judicialização como mecanismo de responsabilização do Estado na condução

de avanços em direção à qualidade da cobertura de saúde, como também na definição de prioridades de forma participativa e transparente.

Portanto, a partir de aspectos institucionais, jurídicos, econômicos, sociais e culturais, este capítulo abordou elementos para compreensão da realidade brasileira na qual a judicialização da saúde está inserida. No capítulo seguinte, discute-se alguns aspectos relacionados às interações entre os Poderes Executivo e Judiciário que atuam para atender aos interesses da sociedade em relação à judicialização da saúde.

### 3.2 ASPECTOS DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS REFERENTES À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

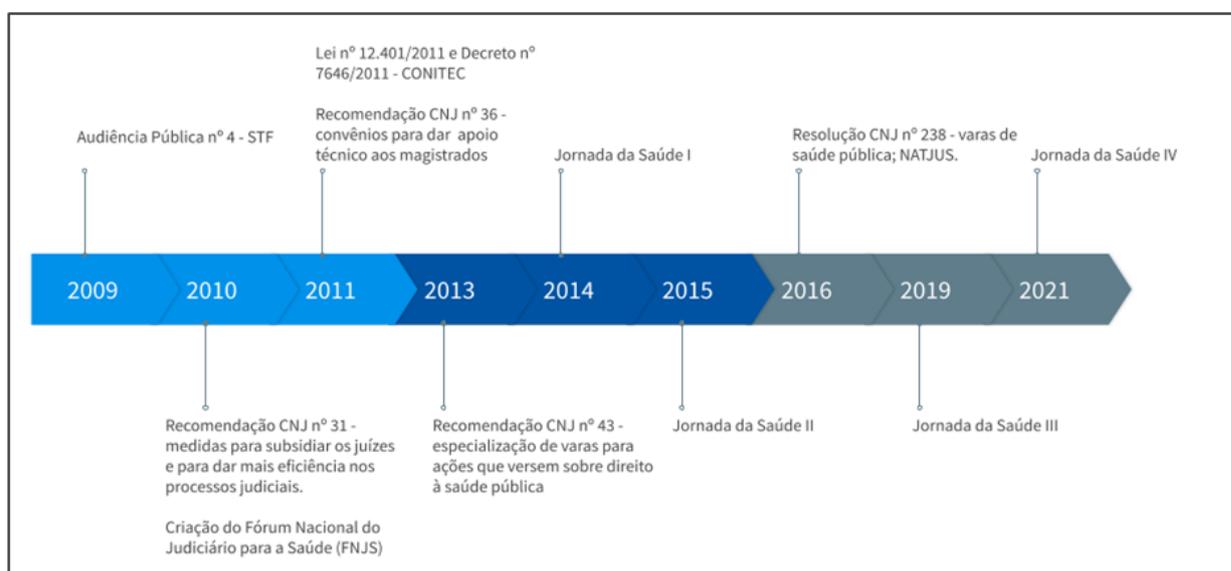
A partir dos anos 2000, as instituições relacionadas aos Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo, como também o Ministério Público, Defensoria Pública e uma série de atores sociais não estatais mobilizaram-se e foram envolvidas para enfrentar a judicialização da saúde. Essa mobilização trouxe resultados como atendimento de demandas sociais e garantia de direitos; novas estruturas institucionais, recursos e políticas públicas; e novas relações intergovernamentais e institucionais. Como resultado desse processo, obteve-se relações Judiciário-Executivo muito mais intensas e cooperativas (OLIVEIRA, 2019).

Ainda segundo Oliveira (2019), essas interações foram induzidas tanto pela reação aos aspectos negativos observados, como por exemplo, uma possível elitização do acesso ao direito à saúde pela via judicial, a limitação técnica dos juízes sobre temas de saúde pública, a não observância do planejamento orçamentário ou do princípio federativo do SUS, dentre outras; como pelos aspectos positivos, que propiciaram a criação de instrumentos para o diálogo interinstitucional, inclusão de novas políticas na agenda governamental, além da efetiva garantia do direito. Os arranjos institucionais resultantes desses diálogos estão sistematizados na Figura 1.

A partir dessa aproximação das estruturas institucionais em torno da judicialização da saúde, surgiram algumas iniciativas com a finalidade de ampliar e difundir o conhecimento sobre o tema, como a publicação de resoluções específicas pelo CNJ e a criação do Fórum Nacional da Saúde em 2010, que apontou caminhos para que os juízes tivessem maior apoio técnico às suas decisões (CHRISPIM *et al.*, 2018). Uma das ações do Fórum Nacional da Saúde é a promoção das jornadas de saúde, ocorridas em 2014, 2015, 2019 e 2021, que tiveram como objetivo debater os problemas inerentes à judicialização e apresentar enunciados interpretativos sobre o direito à saúde.

O marco inicial da atuação do CNJ na área da saúde foi em 2009, com a decorrência da Audiência Pública nº 4 para tratar da judicialização da saúde. Com o objetivo de ampliar a análise dos aspectos técnicos para subsidiar as decisões pelos magistrados, em 2010 o CNJ emitiu a Recomendação nº 31, que fixou prazo para que os Tribunais de Justiça adotassem medidas para melhor subsidiar os juízes e que garantam maior eficiência na resolução de processos judiciais envolvendo assistência à saúde, incluindo a adoção desses centros de assistência técnica em saúde. Essa norma foi reafirmada por meio da Recomendação nº 36, de 2011 (GEBRAN NETO, 2019b).

Figura 1 - Arranjos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde no Brasil, em nível federal



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Ao reconhecer a necessidade dos juízes em buscar junto a profissionais técnicos da área da saúde subsídios para questões de saúde levadas ao Poder Judiciário, foram implantados os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário - NATJUS por força da Resolução nº 238/2016 do CNJ. Esta normativa tornou obrigatória a criação desses núcleos pelos tribunais de justiça estaduais, estabelecendo uma rede unificada em âmbito nacional, ao mesmo tempo que renomeou os departamentos já existentes para NATJUS (BRASIL, 2016). Formados por profissionais da saúde, estes núcleos são responsáveis pela elaboração de pareceres técnicos acerca da medicina baseada em evidências, servindo de prova pericial nessas demandas.

Essa proposta de criação desses núcleos técnicos trouxe o diferencial de ampliação da segurança dos magistrados em suas decisões, especialmente as decisões liminares, através de um modelo mais instrumental e dialógico, em comparação aos pedidos de esclarecimentos prestados pelos entes públicos quanto às demandas que se encontram no Poder Judiciário

(MARIANO *et al.*, 2018). No entanto, apesar dessa estrutura de grande relevância, os laudos técnicos elaborados pelos NATJUS têm sido pouco utilizados para indeferir ações judiciais relacionadas à saúde (INSPER, 2019a).

Uma importante ferramenta política na gestão da prestação de cuidados de saúde é a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). A ATS refere-se à avaliação sistemática de propriedades, efeitos e/ou impactos da tecnologia em saúde, realizada através de um processo multidisciplinar que considera atributos sociais, econômicos, organizacionais e éticos de uma intervenção ou tecnologia, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões políticas em saúde (BORGES, 2018). No Brasil, esse processo de avaliação foi consolidado por meio da criação da CONITEC, a partir da promulgação da Lei 12.401/2011, com a finalidade de assessorar o MS na incorporação, exclusão e alteração de novos medicamentos, procedimentos e tratamentos no escopo do SUS. Esse novo órgão traz também os atributos de agilidade, transparência e adoção do prazo de 180 dias para a obrigatoriedade da oferta no SUS da demanda aprovada; também se destaca a sua atuação ancorada na saúde baseada em evidências.

Nesses dez anos da criação da CONITEC, foram apresentadas 690 avaliações pela comissão, das quais 378 foram recomendações de incorporação de tecnologias, 224 de não incorporação, 84 de exclusões e 4 recomendações de não exclusão. Quanto aos tipos de tecnologia demandados, 72,8% dos pedidos de incorporação foram de medicamentos, 16,2% de procedimentos e 11% de produtos (CONITEC, 2022). Para Borges (2018), a CONITEC se destaca, a princípio, por constituir um processo decisório mais transparente, participativo e responsável acerca da tecnologia em saúde.

Ainda, é responsabilidade da CONITEC assessorar o MS na edição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que são instrumentos de fundamental importância para a efetivação da política pública de saúde, ao criar padrões de assistência e disseminar dados da medicina baseada em evidências, além de ter uma função legal, por ser um elemento normativo e garantidor do tratamento isonômico do paciente (GEBRAN NETO, 2019b).

Na perspectiva de mudanças no modelo da judicialização no Brasil, há sinais de novas diretivas para os casos de demandas emblemáticas que geram custos financeiros expressivos ao sistema público e que estão em desacordo com os princípios de segurança, sustentabilidade e equidade do SUS. A III Jornada Nacional da Saúde do CNJ, ocorrida em 2019, aprovou enunciados que orientam que se deve evitar a judicialização de medicamentos ainda não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou em fase experimental, bem como no caso de medicamentos e tratamentos experimentais devem-se observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e ANVISA, vedada a

imposição o provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais pelos entes federados (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Na III Jornada, também recomendou-se que, nas ações de saúde que pleiteiam o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, busque-se a prévia oitiva do gestor do SUS, com o objetivo de identificar solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019). Para Spina e Magajewski (2021), o estabelecimento do pedido administrativo prévio como regra, apesar de ser um procedimento simples, é um passo em direção à construção coletiva de um sistema público universal de saúde num país continental como o Brasil.

Diante do exposto, pensar o SUS sob uma perspectiva de diálogo entre agentes da promoção da Justiça e agentes do Poder Executivo, incluindo na participação do diálogo a sociedade civil, faz com que o SUS seja fortalecido, com base em diálogos mediados sempre no conhecimento amplo das questões que envolvem temas como os direitos sociais, especialmente nas áreas técnicas de saúde, orçamentária, financeira, de gestão, política e jurídica. (MARIANO *et al.*, 2018). Para Borges (2018), as novas estratégias institucionais foram postas em prática e podem afetar positivamente o sistema público de saúde, visto que estabeleceram um processo de avaliação mais transparente da tecnologia em saúde, como também promoveram novas formas de diálogo interinstitucional; por fim, essa conjunção pode não apenas induzir uma redução do litígio individual, mas também elevam a eficiência e a equidade no SUS.

No tema seguinte, serão apresentados alguns dados da judicialização no Brasil como também em Pernambuco, para ilustrar os números e outros estudos já desenvolvidos no local de pesquisa, objeto deste trabalho.

### 3.3 DADOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO

Nos dois capítulos anteriores, realizou-se uma revisão narrativa da literatura técnico-científica que situa o contexto no qual a judicialização da saúde está inserida no Brasil. Neste capítulo, que se aproxima de forma mais prática do objetivo geral do presente trabalho, serão apresentados dados atuais da judicialização da saúde no Brasil, e os trabalhos que especificamente abordaram esse fenômeno no Estado de Pernambuco.

Em pesquisa realizada pelo CNJ, publicada em 2019, verificou-se que o somatório dos processos de primeira instância indexados como relativos à saúde, obtidos a partir de dezessete tribunais de justiça, alcançou a marca de 487.426 processos no período entre 2008 e 2017, com

um crescimento de 131% no intervalo analisado. Na segunda instância, entre os anos de 2009 e 2017, houve um crescimento de 85% nas demandas de saúde, atingindo a marca de 40.658 processos (INSPER, 2019a).

Nesse mesmo levantamento, ao se considerar o conjunto das ações judiciais, foi identificado que o principal produto demandado através de ações judiciais é o medicamento. Do total de acórdãos relativos à judicialização de saúde no âmbito do SUS entre 2008 e 2017, de um total de 164.587 acórdãos, 69% eram de ações de pedidos de medicamentos. Ao se estratificar os acórdãos por assunto, considerando o conjunto da judicialização da saúde (público e privado), obtiveram-se os seguintes percentuais: medicamentos (71,4%), órteses, próteses e materiais especiais – OPME (61,1%), exames (53,4%), leitos (45,6%) e procedimentos (45,2%) (INSPER, 2019a).

Um dado interessante é a redução observada dos casos novos de demandas judiciais no período entre 2014 e 2018, de 176.621 para 140.098, ou seja, uma queda de 21%, considerando os casos categorizados como “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos” e “fornecimento de medicamentos”. No entanto, ainda é cedo para avaliar se de fato está ocorrendo uma desaceleração da judicialização no SUS (VIEIRA, 2020a).

Outra análise, referente ao período de 2015 a 2020, sinaliza para os movimentos dos processos que têm como tema a saúde pública. Nesse levantamento, observa-se um percentual de 80,8% de concessão de liminar no total dos processos. Ao analisar por grupo de assuntos, processos com a temática “Saúde Mental” obteve uma taxa de 86,9% de concessão de liminar, “Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/ UTI e UCI” obteve 86,3%, enquanto “Medicamentos” alcançou um percentual de 83,0% de deferimento de liminar dentro do tema (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

Em relação à distribuição geográfica da judicialização no país, observa-se que é nos estados das regiões Sul e Sudeste que os níveis de litigância são mais altos, estando em média, 178 ações por 100 mil habitantes no Sul e 103 ações por 100 mil habitantes no Sudeste. Já no Nordeste, foi encontrado o índice de 26 ações por 100 mil habitantes (FERRAZ, 2019).

Em revisão sistemática sobre o tema da judicialização no Brasil, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) apontam que as ações judiciais são predominantemente individuais, não resultando em proveitos coletivos. Já Gomes e Amador (2015) alertam para a ausência de dados suficientes para traçar um perfil socioeconômico dos litigantes nas bases processuais, o que limita o avanço dos estudos científicos sobre o tema.

No Estado de Pernambuco, a fim de acompanhar e monitorar as demandas judiciais do setor saúde, foi criado o NAJ em 2014, o que garantiu um melhor controle e acompanhamento

das ações judiciais cujos objetos são produtos e serviços em saúde que tiveram como réu o Estado de Pernambuco (MORAES, 2016). Barros e Castro (2016) também destacam a importância de posicionamento técnico de órgãos especializados, como é o caso do NAJ, nas ações judiciais acerca da qualidade, eficiência e eficácia dos tratamentos solicitados.

A judicialização da saúde no Estado de Pernambuco é caracterizada pela crescente demanda judicial por medicamentos, sendo que os fármacos mais requisitados já se encontram incorporados na RENAME, o que torna a via judicial um acesso alternativo para aquisição de medicamentos no SUS. Ainda, observa-se uma concentração das demandas judiciais do Estado na 1ª Região de Saúde, oriundas majoritariamente de unidades de saúde do SUS e patrocinadas comumente por órgãos públicos (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Quanto ao impacto no orçamento da saúde, um estudo realizado com dados de 2015 apontou que o Estado de Pernambuco gastou mais de quatorze milhões de reais com apenas medicamentos antineoplásicos judicializados (BARRETO; GUEDES; ROCHA FILHO, 2019).

Ainda, é necessário considerar as dependências entre o sistema do direito e seu entorno sobre o acesso da população aos medicamentos no SUS. Em estudo que analisou as decisões judiciais a partir de dados do Estado de Pernambuco, Stamford e Cavalcanti (2012) afirmam que a escolha da via judicial para o fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS tem relação com a pressão para a incorporação do medicamento ao sistema, dado que as decisões judiciais não consideram a interferência de eventuais pressões externas oriundas de empresas farmacêuticas, médicos e organizações formadas por pacientes no sistema político que envolve a incorporação de novos medicamentos.

Em pesquisa realizada para identificar o perfil dos litigantes no Estado de Pernambuco, Barros (2020) aponta que há correlação entre o perfil das pessoas que buscam o Judiciário e a judicialização da saúde, e ainda, que as demandas judiciais relativas à saúde tem como principal recorte as pessoas que não correspondem à parcela mais vulnerável da sociedade.

Já Tardieux (2021), em pesquisa que analisa dados referentes a 2015 a 2018 obtidos do NAJ, aponta que não há evidências de que a judicialização da saúde seja um fenômeno em crescimento em Pernambuco, ainda assim, há uma tendência crescente nos pedidos judiciais decorrentes de neoplasias, em sua maioria solicitando medicamentos. O autor também salienta que não houve tendência crescente em pedidos de medicamentos, contudo as solicitações de tratamentos de saúde tiveram propensão crescente, indicando uma possível mudança no perfil das demandas judicializadas no futuro.

Outro aspecto estudado é a percepção dos gestores sobre a judicialização da saúde. Ao analisar os efeitos da judicialização na gestão da regulação da saúde na SES/PE, Ferreira (2021)

apontou para a percepção dos gestores de que a demanda judicial desestrutura o fluxo estabelecido para atendimento da população, bem como desarmoniza o trabalho dos profissionais. A partir das adversidades identificadas no estudo, a autora sugere a criação de protocolos nos serviços de saúde para que os profissionais possam dialogar com o Judiciário a fim de prevenir o aumento de demandas judiciais referentes à regulação.

Sobre a atuação do Ministério Público em Pernambuco (MPPE), uma pesquisa descreve a compreensão dos membros do MPPE do interior do Estado de Pernambuco sobre políticas públicas de saúde. Nas entrevistas realizadas, os promotores relatam a fragilidade do Estado no cumprimento das responsabilidades relativas à assistência em saúde pública, o que aumenta o acionamento do MPPE e do Poder Judiciário na busca por serviços e ações de saúde. Ainda, os promotores compreendem a judicialização da saúde como meio para garantir a efetividade da oferta de bens e serviços de saúde (SANTANA; NUNES, 2019).

Para os pesquisadores, o MPPE pode ser um dos vetores da excessiva judicialização de interesses individuais subjetivos contra o SUS no interior do estado, mas que assim procedem por existir uma fragilidade na compreensão dos membros do MPPE sobre as políticas públicas de saúde, evidenciando falhas na capacitação profissional dos promotores na abordagem do tema da saúde (SANTANA; NUNES, 2019).

Há pesquisas que apontam também para a importância da atuação das defensorias públicas, visto que são instituições que estão em contato direto com a população hipossuficiente, possuindo papel importante e destacado nesta modalidade de atuação de controle judicial (MENDES, 2021). Ainda, pela necessidade de oferecer um melhor atendimento para esse perfil de demandas, observou-se a atuação das defensorias públicas de diversos estados na indução de arranjos institucionais voltados à solução dos litígios de forma extrajudicial (SANT'ANA, 2018).

Diante do exposto, o presente trabalho até aqui apresentou, através da revisão da literatura técnico-científica, uma discussão acerca dos aspectos relacionados ao direito à saúde e à judicialização no Brasil, a partir da compreensão do contexto brasileiro e das relações institucionais. A partir desse entendimento, é fundamental avançar nesse campo de pesquisa, e a partir de informações obtidas da base administrativa da SES/PE, foi possível realizar um detalhamento das variáveis envolvidas nas demandas judiciais em saúde, como também apontar as relações existentes entre fatores encontrados no processo judicial e o deferimento da decisão judicial e a presença de requerimento administrativo.

## 4 MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo CEP/UFPE, registrado sob o número 54779721.3.0000.5208, em observância às prerrogativas constantes na Resolução 510/2016. Os procedimentos para coleta dos dados foram iniciados após aprovação pelo CEP/UFPE.

Em observância à segurança dos dados, conforme preconiza a Lei Geral de Proteção de Dados – Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018 – todas as informações sensíveis foram removidas ou mascaradas na fase de preparação dos dados, a fim de garantir o anonimato dos dados pessoais; ainda, consoante com o princípio da segurança, foi adotado um procedimento de criptografia para armazenamento dos dados.

Esta pesquisa se enquadra nos parâmetros de abordagem quantitativa, descritiva e analítica. Tem o propósito descritivo, uma vez que tem como principal objetivo a descrição de características de uma situação ou evento, ou que visam revelar a existência de relações entre variáveis (GIL, 2008; GRAY, 2012).

O método de procedimento adotado foi o método estatístico, fundamentado na aplicação da teoria da probabilidade, sendo uma ferramenta bastante utilizada nas ciências sociais (GIL, 2008). Este método permite a redução de fenômenos a termos quantitativos, mas vai além desse conceito, pois é também um método de experimentação e prova, por ser um método analítico (MARCONI; LAKATOS, 2021).

A pesquisa utilizou dados secundários obtidos de uma base construída a partir de informações dos processos judiciais referentes a temas vinculados à saúde pública, cedida pelo NAJ, com direção temporal retrospectiva, alusiva aos anos de 2015 a 2020. Os critérios de inclusão utilizados foram pacientes que acessaram o Poder Judiciário contra o Estado de Pernambuco para obter produtos e/ou serviços de saúde, no âmbito da saúde pública, no período delimitado pela pesquisa.

O NAJ é o setor para o qual as demandas judiciais, que têm como objeto demandas de saúde e que o Estado de Pernambuco configura como réu, são encaminhadas para cumprimento da decisão deferida pelo juiz de direito. No processo judicial constam a petição inicial, cópias dos documentos médicos e pessoais do paciente e a decisão judicial, porém nem sempre todas essas peças estão presentes nos autos do processo. Os dados referentes às ações judiciais foram compilados pela equipe do NAJ em planilhas da Microsoft Excel. A construção desse banco de dados foi feita por farmacêuticos especializados do NAJ, com inserção das informações a partir de base de dados padronizada, e com validação das informações a partir de dados de listas oficiais.

Além da base de dados do NAJ, também foram utilizadas as seguintes fontes de informação: RENAME, dos anos de 2014 e 2020, e Normas Técnicas da Diretoria Geral da Assistência Farmacêutica da SES/PE, das quais foram extraídas informações sobre fonte de financiamento e sistematização de fornecimento dos medicamentos; e relatórios de recomendações de incorporação de tecnologias da CONITEC, do qual foram obtidas informações sobre a data de incorporação de medicamentos pelo sistema público de saúde brasileiro.

Também foram utilizados dados populacionais das cidades do Estado de Pernambuco, obtidos das estimativas do total da população divulgadas pelo IBGE referentes aos anos de 2015 a 2020, disponibilizados no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), para aferição do número de ações judiciais por habitantes.

Para compreensão das informações e evidências disponíveis sobre o assunto, foi realizada a revisão de literatura sobre o fenômeno da judicialização da saúde, a fim de se obter um maior aprofundamento no tema. A pesquisa bibliográfica, além de permitir a elaboração de um arcabouço teórico inicial, também auxilia na determinação das variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2021).

A busca por artigos foi realizada entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, em bases de dados do Portal de Periódicos CAPES. Foram obtidos artigos das bases MEDLINE/PubMed, EMBASE, LILACS, Web of Science e Scopus. As palavras-chave utilizadas foram selecionadas nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e MeSH *Database*. Como pesquisa complementar, também foi consultada a base Google Acadêmico, bem como foram feitas buscas em livros, *e-books* e bancos públicos de teses e dissertações.

Nessa fase, foi possível refletir sobre aspectos relativos ao direito à saúde e a judicialização no Brasil, a fim de compreender o contexto no qual o fenômeno ocorre e elucidar como se dá as relações das instituições com a judicialização, além de possibilitar o entendimento da relevância das variáveis a serem analisadas.

Na fase de preparação de dados, foi realizada exclusão de linhas em branco e de dados duplicados, ou que correspondiam a ações recebidas fora do período delimitado pelo estudo. Em seguida, foi feita a padronização dos dados para melhoramento da tabela de análise. A fim de que os dados fornecessem indicadores mais assertivos, foram executados também alguns manejos e conversões das informações. Ainda, algumas variáveis foram agrupadas e organizadas com o intuito de apresentar informações em outros desdobramentos. As demandas de saúde, diante da sua grande variedade, foram categorizadas em quinze categorias, de acordo com o tipo de serviço ou produto de saúde: Alimento; Atenção à Saúde Mental; Medicamento;

Leito hospitalar; Insumo; Cirurgia; Procedimento Diagnóstico; Procedimento – Médico; Homecare; OPME; Equipamento; Procedimento - Outros profissionais de saúde; Procedimento - Equipe multidisciplinar; Transporte; e Outros.

O banco de dados apresenta um total de 11041 ações judiciais com informações sobre o deferimento da decisão judicial, e 11023 ações judiciais que apresentam informações sobre a presença de requerimento administrativo prévio àquela ação judicial. Porém, na composição final da amostra, obtém-se 14179 observações, pois foi definido que a observação corresponde a cada produto e/ ou serviço de saúde demandado, visto que uma mesma ação judicial pode requerer mais de um produto ou serviço de saúde.

Ao final, foi consolidada a escolha de duas variáveis alvo (desfecho da ação judicial e requerimento administrativo prévio) e de 12 variáveis independentes a partir do banco de dados, consolidado em planilha do Microsoft Excel 2016 (Microsoft® Corp., Estados Unidos) com as variáveis apontadas no Quadro 1. Um maior detalhamento das categorias das variáveis utilizadas está descrito no Apêndice A.

Quadro 1 – Variáveis independentes selecionadas para a construção do modelo analítico

<b>Bloco</b>	<b>Variável</b>	<b>Descrição e critérios de categorização</b>	<b>Nº cat.</b>
I. Dados demográficos	Gênero	Gênero do paciente	2
	Faixa etária	Idade do paciente, por faixas etárias	3
II. Dados territoriais	Município	Município, agrupado por recorte político-espacial	5
	Comarca	Unidades jurisdicionais agrupadas por tipo, e por recorte político-espacial	7
	Serviço de saúde	Unidade de saúde por tipo de financiamento	5
III. Profissionais envolvidos	Prescritor	Prescritor categorizado por frequência	13
	Representante jurídico	Representante jurídico agrupado por tipo	5
	Juiz de direito	Magistrado categorizado por frequência	12
IV. Dados de saúde	Grupo CID-10	Capítulo do CID-10	12
	Produto de saúde	Produto ou serviço de saúde, agrupado por categorias	15
V. Aspectos do medicamento*	Grupo CID-10	Status de incorporação ao SUS no momento do pedido judicial	5
	Grupo ATC	Classificação Anatômica-Terapêutico-Química, 12 categorias mais frequentes	13

Fonte: Elaboração pela autora (2022).

\*Bloco adicionado em análise de regressão que considera apenas o produto de saúde “medicamento”.

Os dados consolidados foram analisados descritivamente por meio do uso do software Stata 15.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), com gráficos elaborados nos softwares Planilhas Google (Google LLC) e iNZight 4.1.3 (University of Auckland, NZ); e os mapas foram gerados com o uso do programa ArcGIS Pro (Esri).

Na fase de modelagem do estudo estatístico, como forma de se atingir o objetivo geral deste trabalho, foi escolhido o modelo de estimativa de probabilidade de classe denominado Regressão Logística (RL).

A técnica de RL foi desenvolvida para estimar a probabilidade da ocorrência de um evento binário. Esta técnica tem como objetivo investigar o efeito de variáveis sobre a probabilidade de ocorrer um certo evento de interesse (HAIR *et al.*, 2009). Como neste estudo as variáveis de interesse (desfecho da ação judicial e requerimento administrativo prévio) são dicotômicas, atribuindo o valor de 1 ou 0 de acordo com o desfecho apresentado, foi necessário modelar estes eventos de interesse por meio da RL.

Um modelo é definido como logístico se a função segue a seguinte equação:

$$\text{logit}(p_i) = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n \quad (1)$$

Em que  $p_i$  indica a probabilidade de ocorrência do evento de interesse,  $x_1, \dots, x_n$  representa o vetor de variáveis explicativas (ou independentes) e  $\beta_0$  e  $\beta_x$  indicam os coeficientes do modelo encontrados por meio do método de máxima verossimilhança.

Para esta modelagem, indica-se por Y a variável *dummy* que representa a variável de interesse para a ação judicial i; à variável Y é atribuída o valor (1) caso tenha tido sucesso (decisão judicial deferida), e caso não, assume-se o valor (0). Na segunda estimação inferida com a variável de interesse relativa à presença do requerimento administrativo prévio, o valor (1) foi atribuído ao status presente, e valor (0) caso ausente.

Os coeficientes logísticos são difíceis de interpretar em sua forma original. Por isso, optou-se em obter valores de *odd-ratios* (OR). Os OR são ajustados e calculados através da comparação de instâncias que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes.

As informações que foram levantadas a partir da base de informações obtida representaram as variáveis independentes no modelo. As variáveis independentes foram incorporadas aos modelos em quatro blocos hierárquicos, iniciando pelos fatores demográficos até aos fatores com maior proximidade à variável dependente, conforme Quadro 1. Assim foi

feita uma inclusão progressiva das variáveis independentes, que permitiu avaliar a evolução do poder explicativo dos modelos pela influência de cada bloco de variáveis.

Após a realização das duas regressões, foi realizada a inclusão de mais um bloco (bloco V) com informações relacionadas exclusivamente a medicamentos: a classe anatômico-terapêutica e status de incorporação do medicamento ao SUS. Esta última categorização teve os seguintes grupamentos: medicamentos não incorporados; pertencentes ao Componente especializado ou fornecidos através de Normas Técnicas da Diretoria Geral da Assistência Farmacêutica da SES/PE; medicamentos do Componentes básico e/ou estratégico; e medicamentos oncológicos incorporados ao SUS, além da categoria “outros”.

A inclusão dessas categorias buscou verificar se há diferença no impacto das variáveis quando se avalia a partir de aspectos inerentes aos medicamentos, quando comparado às regressões que consideram todas as categorias de demandas de saúde. Assim, avaliou-se o impacto das variáveis do bloco V no desfecho de deferimento da decisão judicial, como também na busca pelo pedido administrativo prévio.

A amostra foi avaliada assumindo o nível de confiança de 95% e erro de amostragem de 5% nas associações propostas. As análises foram realizadas com o uso do software Stata 15.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A partir da análise descritiva dos dados, é possível desvelar as principais características da judicialização da saúde em Pernambuco. A tabela 2 mostra a frequência das ações judiciais, na qual a taxa de deferimento das decisões liminares é de 91,67%. Já os requerimentos administrativos prévios foram localizados em apenas 26,73% das ações judiciais.

Tabela 2 – Quantitativo de ações judiciais em saúde e de requerimentos administrativos prévios (2015-2020)

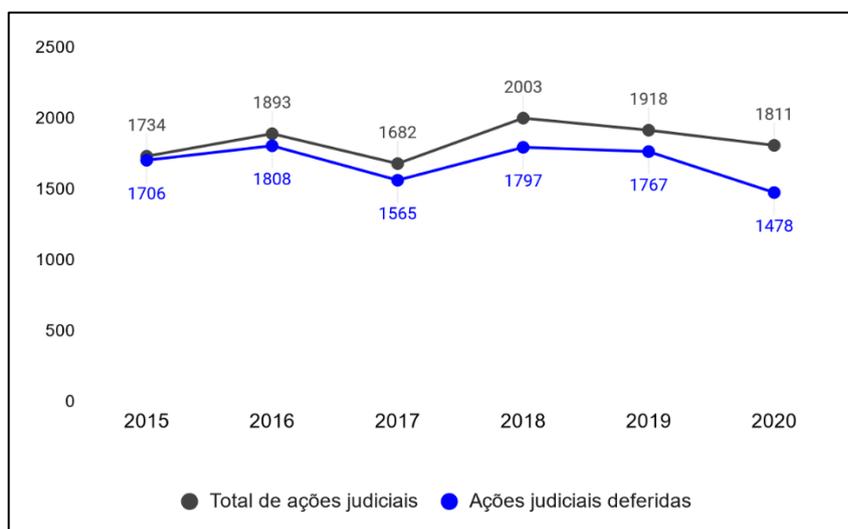
Ações judiciais		Requerimento administrativo prévio	
Desfecho da decisão liminar	N (%)	Status	N (%)
Deferido	10121 (91,67%)	Presente	2947 (26,73%)
Indeferido	920 (8,33%)	Ausente	8076 (73,27%)
<b>Total</b>	<b>11041 (100,00%)</b>	<b>Total</b>	<b>11023 (100,00%)*</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

\*Missing values: 18.

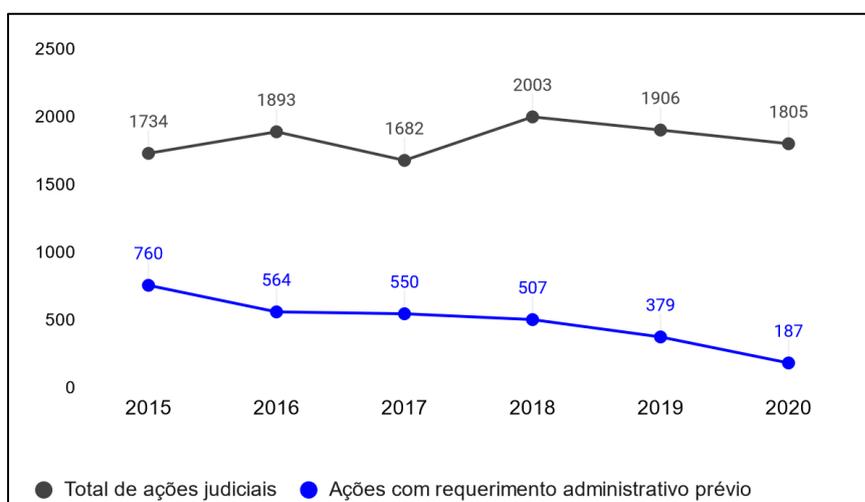
No gráfico 1, observa-se a frequência do total das ações judiciais em comparação com o número de ações judiciais deferidas. Nota-se uma tendência de queda no número de ações a partir de 2018, e mais evidentemente, observa-se um descolamento do número de ações judiciais deferidas em relação ao total, indicando possivelmente um maior critério para o deferimento das decisões liminares pelos magistrados. Já em relação ao número de requerimentos administrativos prévios na análise temporal (Gráfico 2), verificou-se uma tendência de queda da presença desse instrumento nos processos judiciais.

Gráfico 1 – Número de casos novos de demandas judiciais em saúde (2015-2020)



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Gráfico 2 – Número de requerimentos administrativos prévios nas demandas judiciais em saúde (2015-2020)



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Um dos aspectos mais relevantes a serem analisados é a estratificação das ações judiciais pela frequência das categorias das demandas de saúde (Tabela 3). Os pedidos de medicamentos corresponderam a 61,61% dos produtos pleiteados, seguidos de leitos hospitalares (8,7%), insumos (6,56%) e fórmulas alimentares (5,08%) no período analisado.

Tabela 3 – Frequência dos produtos e serviços de saúde demandados, agrupados por categoria

<b>Categoria do item demandado</b>	<b>N</b>	<b>% total</b>
Medicamento	8731	61,61
Leito hospitalar	1233	8,7
Insumo	929	6,56
Alimento	720	5,08
Cirurgia	593	4,18
Proc. Diagnóstico	566	3,99
Procedimento - Médico	387	2,73
Homecare	288	2,03
OPME	277	1,95
Equipamento	213	1,5
Atenção à saúde mental	137	0,97
Procedimento - Outros profissionais de saúde	54	0,38
Procedimento - Equipe multidisciplinar	15	0,11
Transporte	13	0,09
Outros	16	0,11
<b>Total</b>	<b>14172</b>	<b>100,00</b>

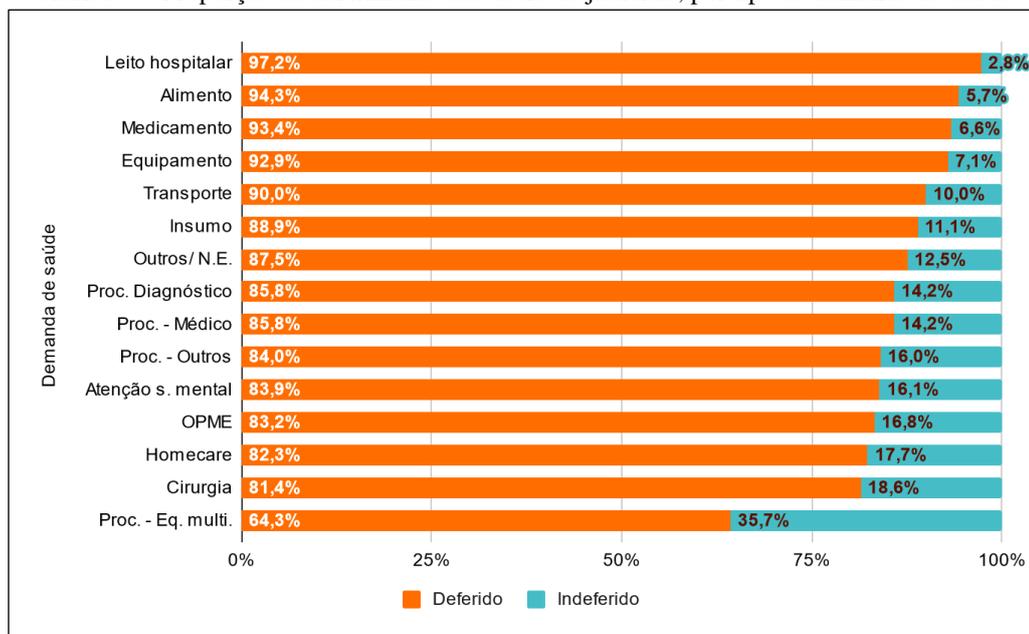
Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: *Missing values*: 7.

Em relação à taxa de deferimento das ações judiciais (Gráfico 3), infere-se que os pedidos de leito hospitalar obtiveram 97,2% de deferimento, seguidos de fórmula alimentar

(94,3%), medicamento (93,4%), equipamento (92,9%) e transporte (90,0%). Já em relação a requerimentos administrativos prévios nos autos do processo, observou-se que 44,9% das ações judiciais que demandaram medicamentos têm a presença desse pedido precedente à judicialização, taxa bem acima dos pedidos de outros produtos e serviços de saúde (Gráfico 4).

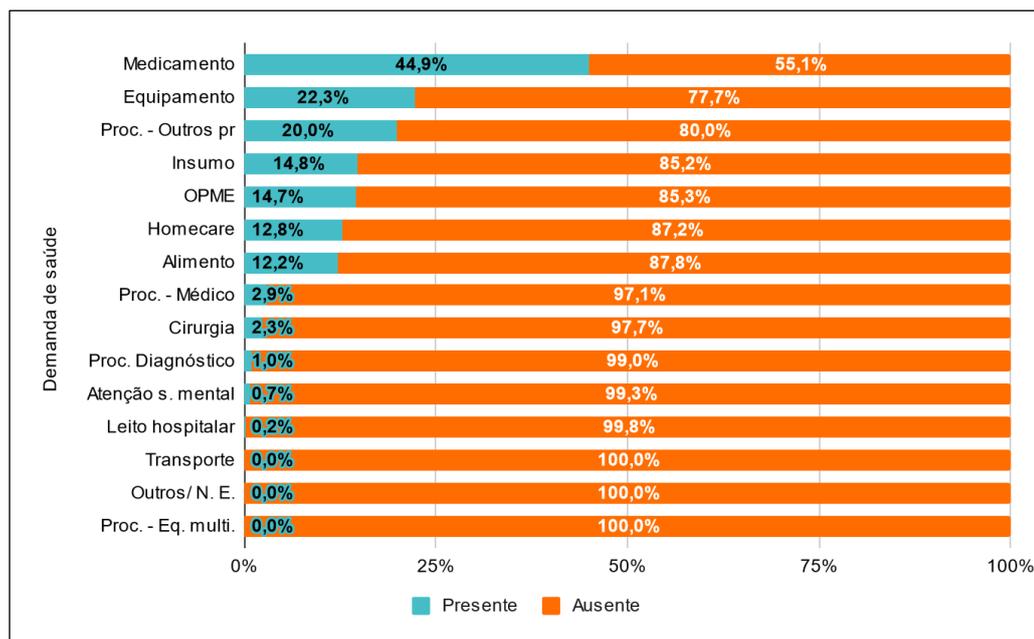
Gráfico 3 – Proporção de deferimento das decisões judiciais, por tipo de demanda de saúde



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: N=9723. Amostra considera as decisões judiciais que contemplam apenas 1 produto ou serviço de saúde.

Gráfico 4 – Proporção de presença de requerimento administrativo, por tipo de demanda de saúde

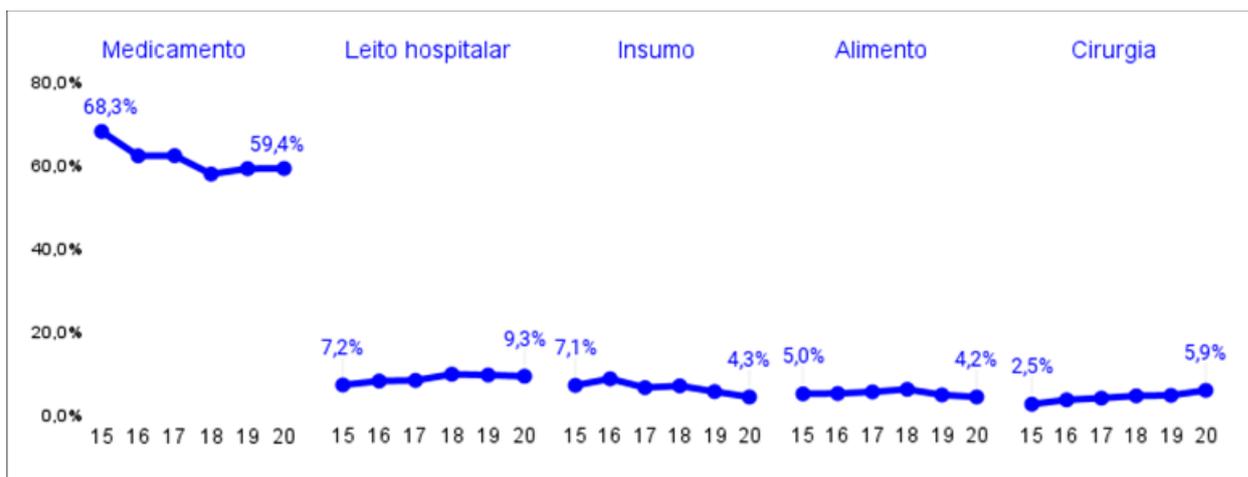


Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: N=9710. Amostra considera as decisões judiciais que contemplam apenas 1 produto ou serviço de saúde.

Vale destacar a evolução temporal dos pedidos judiciais, com foco nas cinco categorias de produtos mais demandados: medicamentos (n=8731), leito hospitalar (n=1233), insumo (n=929), alimento (n=720) e cirurgia (n=593). Destaca-se a tendência de queda observada para pedidos de medicamentos ao longo do tempo estudado (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Evolução temporal das principais categorias de demandas de saúde (2015 – 2020)



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Em outra perspectiva, ao se analisar as demandas de saúde sem agrupá-las em categorias (Tabela 4), constata-se que os pedidos de internamento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI correspondem a 8,26% das demandas judiciais, sendo este o serviço mais demandado, bem à frente dos demais produtos/serviços de saúde. Importante destacar que, das dez demandas de saúde mais frequentes, seis são referentes a medicamentos.

Tabela 4 – Produtos e serviços de saúde mais demandados (2015-2020)

Nº	Item demandado	Categoria	N	%
1	Internamento UTI	Leito Hospitalar	1171	8,26
2	Cinacalcete	Medicamento	361	2,55
3	Somatropina	Medicamento	341	2,41
4	Abiraterona	Medicamento	333	2,35
5	Procedimento Cirúrgico	Cirurgia	295	2,08
6	Homecare	Homecare	284	2,00
7	Temozolomida	Medicamento	256	1,81
8	Exames	Proc. Diagnóstico	189	1,33
9	Leuprorrelina	Medicamento	179	1,26
10	Enzalutamida	Medicamento	159	1,12
<b>Total</b>			<b>3568</b>	<b>25,17</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

A frequência das variáveis trabalhadas relativas a dados demográficos, territoriais e categorias dos representantes legais está apontada na tabela 5. Os dados demográficos apontam que 51,11% dos autores eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos pacientes, 48,41% encontram-se na faixa etária de 18 a 60 anos, 30,39% são idosos (> 60 anos) e 21,20% são crianças e jovens até os 18 anos incompletos. A média de idade dos autores foi de 43,8 anos, com desvio padrão de 24,8 anos.

Tabela 5 – Características dos demandantes e das ações judiciais em saúde

Variável	Categorias	N*	%
<b>Gênero</b>	Masculino	5646	51,11
	Feminino	5400	48,88
	<b>Total</b>	<b>11046</b>	<b>100,00</b>
<b>Idade</b>	<18	1969	21,20
	18-60	4496	48,41
	>60	2822	30,39
	<b>Total</b>	<b>9287</b>	<b>100,00</b>
<b>Cidade de residência</b>	Recife (capital)	2899	26,26
	RMR (exceto capital)	3302	29,91
	Interior	4676	42,36
	Fora do Estado de PE	12	0,11
	Não informado	151	1,37
	<b>Total</b>	<b>11040</b>	<b>100,00</b>
<b>Serviço de saúde</b>	Público	4676	42,36
	Filantropico	3160	28,63
	Privado	1857	16,82
	OSS	385	3,49
	Não informado	961	8,71
	<b>Total</b>	<b>11039</b>	<b>100,00</b>
<b>Comarca</b>	Interior	3454	31,27
	Recife (capital)	2522	22,83
	RMR (exceto capital)	2341	21,19
	Justiça Federal (JFPE)	1325	12,00
	JEFPC	767	6,94
	TJPE	589	5,33
	Não informado	48	0,43
	<b>Total</b>	<b>11046</b>	<b>100,00</b>
<b>Representante legal</b>	DPPE	4139	37,49
	Privado	3636	32,93
	MPPE	922	8,35
	DPU	846	7,66
	Não informado	1497	13,56
	<b>Total</b>	<b>11040</b>	<b>100,00</b>
<b>Número de itens requeridos</b>	1	9731	88,09
	2-3	902	8,16
	4-9	381	3,45
	>10	33	0,31
	<b>Total</b>	<b>11047</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

\*N obtido do total de ações judiciais que continham as informações de referência.

Notas: JEFPC - Juizado Especial da Fazenda Pública da Capital; TJPE - Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco; DPPE - Defensoria Pública do Estado de Pernambuco; MPPE - Ministério Público de Pernambuco; DPU - Defensoria Pública da União.

Em relação ao município de residência do paciente, verifica-se 29,91% das ações judiciais são de habitantes da Região Metropolitana do Recife – RMR (exceto capital) e 26,26% são de ações impetradas por pacientes moradores da capital do Estado, enquanto 42,36% foram movidas por pacientes que moram no interior do Estado (Tabela 5). Porém, quando se considera a comarca vinculada à ação judicial, as comarcas do interior correspondem a apenas 31,27% dos processos judiciais.

Observa-se ainda que, de acordo com a unidade de saúde de origem, categorizada segundo a natureza jurídica, a maioria das ações judiciais são movidas por pacientes advindos de unidades públicas (42,36%), e apenas 16,82% são ações de pacientes oriundos de estabelecimentos privados de saúde. Se for considerado o conjunto das unidades vinculadas ao SUS composto por unidades públicas, filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde - OSS, tem-se que 74,48% das ações judiciais são de demandas originadas no SUS (Tabela 5).

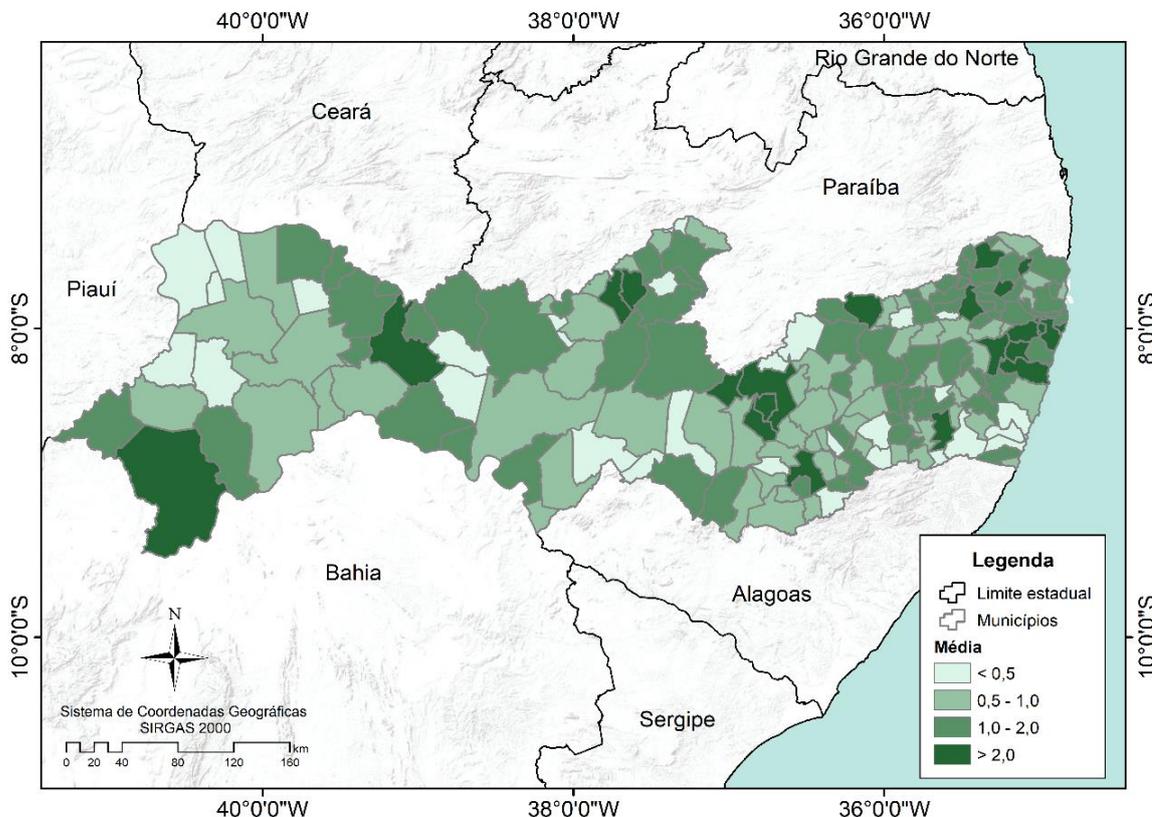
Quanto aos patronos dos autores, observa-se que, ao considerar a advocacia pública formada pelo conjunto da DPPE, DPU e MPPE, 53,5% das ações judiciais são representadas por advogados públicos, enquanto 32,9% das ações são patrocinadas por advogados particulares. Porém, importante salientar que 13,56% das ações judiciais não tinham nos autos informações sobre o advogado vinculado (Tabela 5).

Quanto ao número de itens demandados por ação judicial, apontou-se que a grande maioria dos processos (88,1%) pleiteiam apenas um item por ação judicial (Tabela 5).

A distribuição das ações judiciais no Estado de Pernambuco está demonstrada na Figura 2. Nesse mapa, a classificação dos municípios está de acordo com o número médio anual de processos judiciais para cada dez mil habitantes.

As cidades do interior do Estado de Pernambuco com incidência maior que duas ações judiciais para cada dez mil habitantes foram: Petrolina, Salgueiro, Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Arcoverde, Pesqueira, Alagoinha, Venturosa, Garanhuns, Palmares, Taquaritinga do Norte, Timbaúba, Nazaré da Mata, Condado, Limoeiro e Vitória de Santo Antão (Figura 2). Já na RMR, as cidades foram Recife, Camaragibe, São Lourenço da Mata, Moreno, Cabo de Santo Agostinho e Olinda. Nesse quadro geral, uma informação relevante é que oito das doze Gerências Regionais de Saúde – GERES estão entre essas cidades com maiores incidências de processos judiciais.

Figura 2 – Municípios de Pernambuco de acordo com o quantitativo de ações judiciais em saúde, ponderado pelo número de habitantes (2015 – 2020)



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: Média das taxas de processos judiciais por habitante dos anos de 2015 a 2020 (número de habitantes dividido por 10.000).

Quanto aos diagnósticos associados às demandas judiciais, a tabela 6 traz a frequência das patologias categorizadas por capítulo da Classificação Internacional de Doenças na décima revisão – CID-10. Nela, observa-se que 2992 processos (27,09%) são referentes a neoplasias, seguidos de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,9%), e doenças do sistema nervoso (7,6%). Apenas esses três capítulos representam 42,6% das demandas judiciais na amostra estudada.

Um dado alarmante é a ausência da informação sobre o diagnóstico em 1989 processos, ou seja, 18% das ações judiciais não relatam qual a patologia do paciente, o que impacta na condução de uma melhor análise pelo corpo técnico do NAJ (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência dos diagnósticos, agrupados por capítulo da CID-10

<b>CID-10</b>	<b>Capítulo da CID-10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
C00-D48	Neoplasias (tumores)	2992	27,09
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	876	7,93
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	840	7,6
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	548	4,96
I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	537	4,86
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	534	4,83
F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	459	4,16
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	403	3,65
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	375	3,39
H00-H59	Doenças do olho e anexos	272	2,46
Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	202	1,83
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	167	1,51
S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	150	1,36
A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	139	1,26
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	135	1,22
Z00-Z99	Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	115	1,04
P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal	106	0,96
R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	93	0,84
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	66	0,6
O00-O99	Gravidez, parto e puerpério	39	0,35
V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade	7	0,06
U00-U99	Códigos para propósitos especiais	2	0,02
-	Não informado	1989	18,01
	<b>Total</b>	<b>11046</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Ao se analisar as condições patológicas que acometem os autores, observa-se que 29,35% dos processos eram frutos de apenas dez doenças (Tabela 7). Relevante notar que das vinte doenças mais frequentes neste levantamento, nove são neoplasias: neoplasia maligna da próstata (568), neoplasia maligna da mama (330), neoplasia maligna do rim (223), mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos (151), neoplasia maligna do cólon (140), neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas (130), neoplasia maligna da pele (119), e neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (106).

Tabela 7 – Diagnósticos mais frequentes, de acordo com a CID-10

Nº	CID-10	Diagnóstico	N	%
1	C61	Neoplasia maligna da próstata	568	6,27
2	C50	Neoplasia maligna da mama	330	3,64
3	N18	Insuficiência renal crônica	329	3,63
4	C71	Neoplasia maligna do encéfalo	265	2,93
5	E10	Diabetes mellitus insulino-dependente	254	2,80
6	C64	Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	223	2,46
7	K52	Outras gastroenterites e colites não-infecciosas	185	2,04
8	E34	Outros transtornos endócrinos	181	2,00
9	G40	Epilepsia	173	1,91
10	C90	Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	151	1,67
11	G80	Paralisia cerebral	150	1,66
12	F20	Esquizofrenia	142	1,57
13	C18	Neoplasia maligna do cólon	140	1,55
14	J84	Outras doenças pulmonares intersticiais	135	1,49
15	C22	Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	130	1,44
16	C43	Neoplasia maligna da pele	119	1,31
17	G12	Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	113	1,25
18	C34	Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	106	1,17
19	Z94	Órgãos e tecidos transplantados	106	1,17
20	J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	100	1,10
<b>Total</b>			3900	43,06

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Devido ao impacto pelo volume e custo das demandas judiciais, bem como pela gama de informações agregadas aos medicamentos, este estudo apresenta um detalhamento dessa demanda de saúde. A tabela 8 apresenta o número e a frequência dos medicamentos mais demandados judicialmente, estratificados pelos subgrupos terapêuticos, segundo o Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico (ATC). Foi possível aferir que, segundo os subgrupos terapêuticos, os agentes antineoplásicos apresentaram a maior frequência relativa (25,15%).

.Em relação à classificação dos medicamentos demandados, ao se considerar o status de incorporação no momento do pedido judicial, observa-se que 54,36% dos medicamentos requeridos não constavam na lista de fornecimento do SUS, lista esta composta neste estudo pelos medicamentos constantes na RENAME acrescidos pelos medicamentos fornecidos através das Normas Técnicas da SES/PE. Por outro lado, do total de medicamentos solicitados, 31,92% são medicamentos que pertencem ao Componente Especializado/ Normas Técnicas da SES/PE, índice bem acima das demais categorias (Tabela 8). Ressalta-se que, nesta análise, não se adentra nos critérios de exclusão e inclusão para o fornecimento dos medicamentos dos PCDT.

Tabela 8 – Medicamentos segundo classe anatômico-terapêutica mais frequentes e segundo status de incorporação dos medicamentos (2015-2020)

<b>Classe anatômico-terapêutica (ATC)</b>	<b>N (%)</b>
L01 - Agentes antineoplásicos	2193 (25,15%)
L02 - Terapia endócrina	737 (8,45%)
L04 - Imunossuppressores	542 (6,21%)
H01 - Hormônios pituitários e hipotalâmicos e análogos	481 (5,52%)
A10 - Drogas usadas no diabetes	410 (4,70%)
H05 - Homeostase do cálcio	409 (4,69%)
N05 - Psicolépticos	409 (4,69%)
N03 - Antiepilépticos	370 (4,24%)
B01 - Agentes antitrombóticos	352 (4,04%)
R03 - R03 - drogas para doenças obstrutivas das vias respiratórias	253 (2,90%)
N06 - Psicoanalépticos	244 (2,80%)
S01 - Medicamentos oftalmológicos	206 (2,36%)
J05 - Antiviral de uso sistêmico	169 (1,94%)
<b>Total</b>	<b>6775 (77,69%)</b>
<b>Status de incorporação</b>	<b>N (%)</b>
Não incorporado	4741 (54,30%)
Componente especializado/ NTE	2784 (31,89%)
Componentes básico e/ou estratégico	789 (9,04%)
Oncológico	408 (4,67%)
Outros	9 (0,10%)
<b>Total</b>	<b>8731 (100,00%)</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

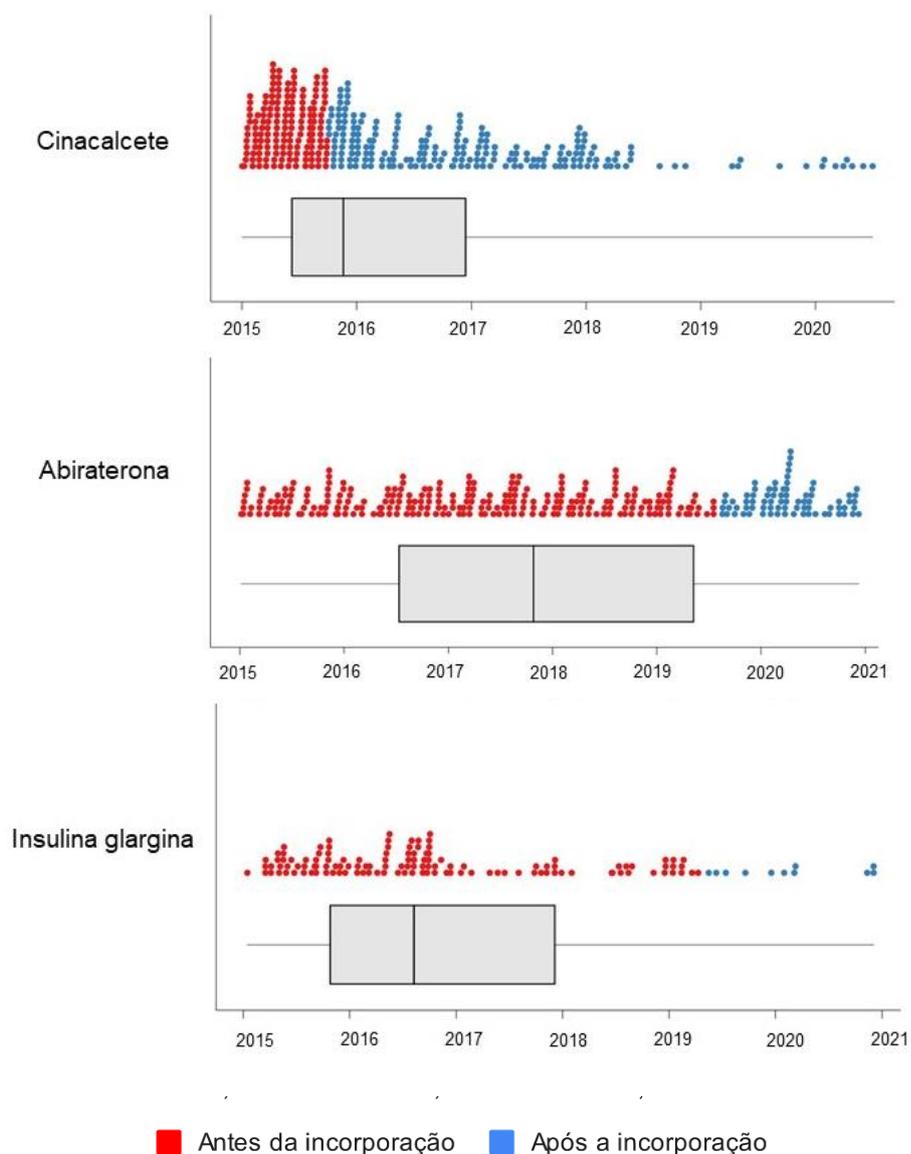
Nota: na categoria “Não incorporado”, foi considerado o status de incorporação no momento do pedido judicial. Oncológico: medicamento oncológico incorporado pela CONITEC.

\*ATC: *Anatomical Therapeutic Chemical*.

Analisou-se adicionalmente a evolução temporal de três medicamentos altamente demandados, que tiveram a particularidade de terem sido incorporados ao SUS<sup>3</sup> após deliberação da CONITEC durante o período estudado. No gráfico 6, observa-se o número de demandas antes da incorporação em contraste com o número de demandas após a decisão da incorporação dos medicamentos. É possível notar a tendência de redução de processos judiciais para os medicamentos cinacalcete e insulina glargina, no entanto para o medicamento abiraterona, essa tendência não é observada. Ressalta-se que o prazo limite de fornecimento do medicamento do medicamento é de até 180 dias após a publicação da decisão no Diário Oficial da União.

<sup>3</sup> Os medicamentos cinacalcete, abiraterona e insulina glargina foram incorporados ao SUS após deliberações constantes na Portaria SCTIE/ MS nº 48/2015, Portaria SCTIE/ MS nº 38/2019 e Portaria SCTIE/ MS nº 19/2019, respectivamente.

Gráfico 6 – Medicamentos mais demandados judicialmente que foram incorporados ao SUS (2015-2020)

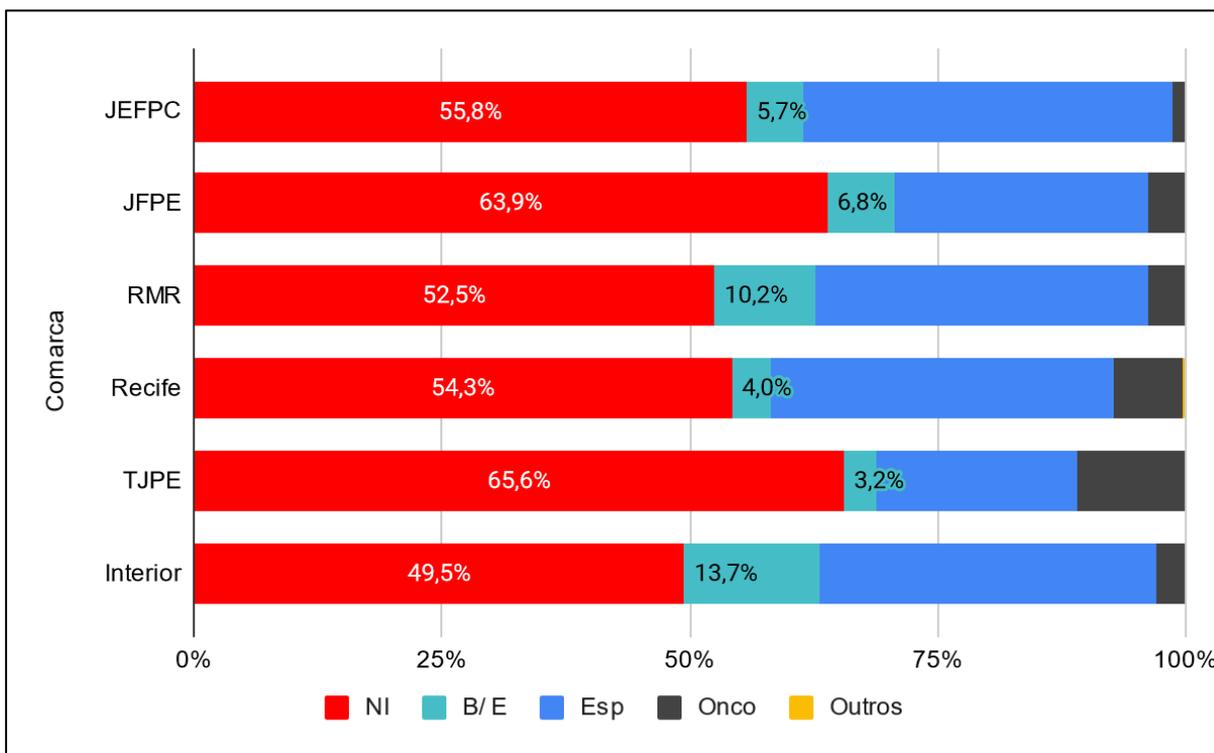


Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: Número de demandas dos medicamentos: Cinacalcete= 361; Abiraterona= 333; Insulina glargina= 134.

E finalmente, através do gráfico 7, observa-se as demandas por medicamentos por tipo de comarca, estratificadas pelo status de incorporação do medicamento. Observa-se que há uma demanda maior por medicamentos não incorporados ao SUS no TJPE (65,6%) e na Justiça Federal (63,9%) em relação à média (54,30%). Um outro aspecto observado é uma frequência relativa maior de demandas dos Componentes Básico e Estratégico nas comarcas do interior (13,7%) em relação aos demais tipos de comarcas.

Gráfico 7 – Classificação por status de incorporação dos medicamentos mais demandados judicialmente por tipo de comarca (2015-2020)



Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: N.I.: não incorporado; Esp: Componente Especializado/ Normas Técnicas; B/ E: Componentes Básico e/ou Estratégico; Onco: medicamento oncológico, incorporado pela CONITEC. Na classificação N.I, foi considerado o status de incorporação no momento do pedido judicial.

Analizou-se, por fim, o número de processos por profissional de saúde que inquiriu a demanda de serviço ou produto de saúde. Do total de 11038 demandas na amostra, dez prescretores demandaram sessenta ou mais ações judiciais, e juntos corresponderam a 7,37% dos processos. Vale destacar o alto número de prescrições ilegíveis (4,14%) e sem informação do prescritor (11,27%).

## 5.2 ANÁLISE DE REGRESSÃO

As variáveis utilizadas para as quatro regressões efetuadas, cujos resultados encontram-se nas tabelas 9, 10, 11 e 12, estão descritas no quadro 1, e de forma mais detalhada, no apêndice A. Apenas as variáveis com resultados estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) em pelo menos um dos modelos estão presentes nas tabelas de regressão.

A Tabela 9 apresenta os parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais. No modelo 1, que compreende o bloco com as características demográficas, nenhuma variável apresentou significância estatística.

No modelo 2, que inclui no modelo de regressão as variáveis relativas ao território (bloco II), todas as categorias da variável “comarca” (Recife, RMR, JFPE, JEFPC, Interior e TJPE) permaneceram no modelo de regressão múltipla ( $p < 0,001$ ), e a variável “serviço de saúde”, quando não informado ( $p = 0,005$ ).

No modelo 3, que adiciona ao modelo de regressão as variáveis referentes aos profissionais envolvidos, permanecem as variáveis comarca “TJPE” ( $p = 0,002$ ) e “serviço de saúde não informado” ( $p = 0,047$ ) do bloco II; e do bloco III, inclui-se as variáveis representante jurídico “MPPE” ( $p < 0,001$ ), prescritores “1” ( $p = 0,004$ ) e “4” ( $p = 0,045$ ); juiz “1” ( $p < 0,001$ ), juiz “6” ( $p = 0,005$ ), juiz “8” ( $p = 0,017$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ).

No modelo 4, o modelo final, são acrescentados os dados de saúde. Após o ajuste dos quatro blocos hierárquicos, as variáveis que compuseram o modelo final foram: do bloco II, comarcas “Interior” ( $p = 0,050$ ) e “TJPE” ( $p = 0,002$ ), e “serviço de saúde não informado” ( $p = 0,035$ ); do bloco III, representante jurídico “MPPE” ( $p < 0,001$ ), prescritor “1” ( $p = 0,036$ ), juiz “1” ( $p < 0,001$ ), juiz “6” ( $p = 0,002$ ), juiz “8” ( $p = 0,027$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ); do bloco IV, permaneceram no modelo os produtos de saúde “alimento” ( $p = 0,004$ ), “atenção à saúde mental” ( $p < 0,001$ ), “cirurgia” ( $p < 0,001$ ), “homecare” ( $p < 0,001$ ), “insumo” ( $p = 0,001$ ), “medicamento” ( $p = 0,016$ ), “OPME” ( $p < 0,001$ ), “procedimento diagnóstico” ( $p < 0,001$ ), “procedimento - equipe multidisciplinar” ( $p = 0,001$ ) e “procedimento - médico” ( $p < 0,001$ ), e finalmente, os diagnósticos referentes a doenças do aparelho geniturinário “CID-10: N00-N99” ( $p = 0,006$ ) e a doenças do aparelho digestivo “CID-10: K00-K93” ( $p = 0,012$ ).

O modelo final da regressão logística múltipla busca revelar quais as características que fazem com que os pacientes tenham maiores chances de obter o deferimento das ações judiciais. Dessa forma, buscam-se os coeficientes significantes de maiores magnitudes. A partir da tabela 9, percebe-se que pacientes que acionaram o Judiciário através das comarcas classificadas como

“Interior” (OR = 2,14) e “TJPE” (OR = 3,90), e ainda com representante jurídico “MPPE” (OR = 2,33), têm mais chances de obter o deferimento de seus pedidos através da ação judicial.

Ainda, observa-se que pacientes assistidos pelo prescritor “1” (OR = 3,21) e pelos juízes “1” (OR = 13,97) e “6” (OR = 3,57), além dos pacientes portadores de diagnósticos CID-10: N00-N99 (OR = 1,92) e CID-10: K00-K93 (OR = 2,14) também possuem maiores chances de sucesso de deferimento da ação judicial.

Por outro lado, pacientes associados a ações judiciais sem informações sobre o serviço de saúde (OR = 0,68) e sobre o juiz associado (OR = 0,18) têm menores chances de obter deferimento da ação judicial, o que pode indicar que a falta de documentos essenciais à ação judicial pode estar associada a um pedido de manifestação prévia, no qual não há deferimento da decisão judicial. Observa-se também que as ações judiciais associadas ao juiz “8” também têm menores chances de deferimento (OR = 0,60).

Por fim, não foram encontradas categorias de produtos de saúde que apresentem um OR significativo e maior que 1, o que aponta que não há maiores chances de deferimento da ação judicial ao se analisar por produto de saúde.

A tabela 10 apresenta os parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, nos mesmos moldes do modelo apresentado na tabela 9, mas ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o desfecho “presença do requerimento administrativo prévio”.

No modelo 1, que inclui o bloco com as características demográficas, o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e as faixas etárias “<18” ( $p < 0,001$ ) e “18 a 60” ( $p = 0,023$ ) compuseram o modelo.

No modelo 2, que inclui no modelo variáveis relativas ao território (bloco II), permaneceram as seguintes variáveis do bloco I: o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e a faixa etária “<18” ( $p < 0,001$ ); do bloco II, tiveram significância estatística as categorias de comarca “JFPE” ( $p = 0,045$ ), “JEFPC” ( $p = 0,015$ ) e “TJPE” ( $p = 0,001$ ), e todas as categorias da variável “serviço de saúde” (Filantrópico, Privado, OSS e Não informado, todas com  $p < 0,001$ ).

No modelo 3, que adiciona ao modelo de regressão as variáveis referentes aos profissionais envolvidos, permaneceram no modelo o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e as faixas etárias “<18” ( $p < 0,001$ ) do bloco I; do bloco II, permaneceram no modelo todas as categorias da variável “serviço de saúde” (Filantrópico, Privado, OSS e Não informado, todas com  $p < 0,001$ ); do bloco III, permanecem as variáveis de representante jurídico “DPPE”, “DPU” e “Não informado” (todos com  $p < 0,001$ ), e os prescritores “1”, “2”, “4”, “6”, “7”, “8”, “9”, “10” e “outros” ( $p < 0,001$ ); juízes “1” ( $p < 0,001$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,005$ ), “9” ( $p = 0,022$ ), “10” ( $p < 0,001$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ).

Tabela 9 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	Intercepto	11.18	0.85	<b>0.000</b>	1.36	0.85	0.626	6.75	4.60	<b>0.005</b>	17.83	13.04	<b>0.000</b>
I	<i>Gênero</i>												
	<i>Faixa etária</i>												
II	<i>Município</i>												
	<i>Comarca</i>												
	Recife				8.79	3.00	<b>0.000</b>	1.67	0.61	0.161	1.72	0.66	0.163
	RMR				6.60	2.28	<b>0.000</b>	0.96	0.36	0.911	1.04	0.41	0.922
	JFPE				5.34	1.81	<b>0.000</b>	0.99	0.38	0.977	0.92	0.37	0.829
	JEFFPC				6.63	2.37	<b>0.000</b>	1.57	0.62	0.256	1.56	0.65	0.286
	Interior				9.98	3.40	<b>0.000</b>	2.01	0.74	0.058	2.14	0.83	<b>0.050</b>
	TJPE				20.77	8.39	<b>0.000</b>	3.84	1.64	<b>0.002</b>	3.90	1.74	<b>0.002</b>
	Não inf.					ref			ref			ref	
	<i>S. saúde</i>												
Público					ref			ref			ref		
Não inf.				0.64	0.10	<b>0.005</b>	0.70	0.13	<b>0.047</b>	0.68	0.12	<b>0.035</b>	
	<i>Rep. jurídico</i>												
	MPPE							2.20	0.43	<b>0.000</b>	2.33	0.47	<b>0.000</b>
	Privado								ref			ref	
	<i>Prescritor</i>												
	Prescritor 1							4.79	2.63	<b>0.004</b>	3.21	1.78	<b>0.036</b>
	Prescritor 4							3.53	2.22	<b>0.045</b>	2.28	1.45	0.196
III	Ilegível								Ref			Ref	
	<i>Juiz de direito</i>												
	Juiz 1							8.48	3.13	<b>0.000</b>	13.97	5.29	<b>0.000</b>
	Juiz 6							3.22	1.33	<b>0.005</b>	3.57	1.48	<b>0.002</b>
	Juiz 8							0.58	0.13	<b>0.017</b>	0.60	0.14	<b>0.027</b>
	Não inf.							0.17	0.02	<b>0.000</b>	0.18	0.02	<b>0.000</b>
	Outros								ref			ref	

(continua)

Tabela 9 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais

(conclusão)

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	<b><i>Produto de saúde</i></b>												
	Alimento										0.42	0.13	<b>0.004</b>
	Atenção à saúde mental										0.19	0.07	<b>0.000</b>
	Cirurgia										0.18	0.04	<b>0.000</b>
	Homecare										0.19	0.05	<b>0.000</b>
	Insumo										0.33	0.11	<b>0.001</b>
	Medicamento										0.57	0.13	<b>0.016</b>
IV	OPME										0.21	0.06	<b>0.000</b>
	Proc. Diagnóstico										0.27	0.07	<b>0.000</b>
	Proc.- Eq. multidisciplinar										0.08	0.06	<b>0.000</b>
	Proc. - Médico										0.22	0.06	<b>0.000</b>
	<b><i>Diagnóstico (CID-10)</i></b>												
	N00-N99										1.92	0.45	<b>0.006</b>
	K00-K93										2.14	0.65	<b>0.012</b>
	Outros												ref

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: OR: Estimativa em *Odds Ratio*. EP: Erro padrão. Ref: nível de referência. O nível de referência da variável dependente foi a categoria “sim” para decisão deferida.

Nota 2: Todas as variáveis compuseram o modelo de regressão, no entanto apenas as variáveis com resultados estatisticamente significantes (p-valor <0,05) estão apresentadas nesta tabela.

No modelo 4, o modelo final desta regressão, são inseridos os dados de saúde. Após o ajuste dos quatro blocos hierárquicos, as variáveis que compuseram o modelo final foram: do bloco I, o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ); do bloco II, o tipo de município “Interior” ( $p = 0,045$ ), serviço de saúde “OSS” ( $p = 0,022$ ) e “não informado” ( $p < 0,001$ ); do bloco III, representante jurídico “DPPE” ( $p < 0,001$ ), “DPU” ( $p = 0,001$ ) e “não informado” ( $p = 0,001$ ), e os prescritores “1” ( $p = 0,006$ ), “2” ( $p < 0,001$ ), “4” ( $p < 0,001$ ), “5” ( $p = 0,011$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “7” ( $p < 0,001$ ), “9” ( $p = 0,008$ ), “10” ( $p < 0,001$ ), “outros” ( $p < 0,001$ ) e “não informado” ( $p < 0,001$ ); e os juízes “1” ( $p = 0,024$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,010$ ), “9” ( $p = 0,011$ ), “10” ( $p < 0,001$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ).

Do bloco IV, compuseram o modelo final os produtos de saúde “alimento” ( $p < 0,001$ ), “cirurgia” ( $p = 0,034$ ), “equipamento” ( $p < 0,001$ ), “homecare” ( $p < 0,001$ ), “insumo” ( $p < 0,001$ ), “medicamento” ( $p < 0,001$ ), “OPME” ( $p < 0,001$ ), “procedimento médico” ( $p = 0,011$ ), e “procedimento - outros” ( $p < 0,001$ ); e os diagnósticos de “C00-D48 – Neoplasias (tumores)” ( $p < 0,001$ ), “E00-E90 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” ( $p < 0,001$ ), “G00-G99 – Doenças do sistema nervoso” ( $p = 0,006$ ), “N00-N9 – Doenças do aparelho geniturinário” ( $p < 0,001$ ), “I00-I99 – Doenças do aparelho circulatório” ( $p = 0,046$ ), “F00-F99 – Transtornos mentais e comportamentais” ( $p = 0,011$ ), “H00-H59 – Doenças do olho e anexos” ( $p = 0,008$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ).

O modelo final desta regressão logística múltipla traz quais as características que fazem com que os pacientes tenham maiores chances de realizar um requerimento administrativo previamente à judicialização do pedido. Ao analisar a tabela 10, percebe-se que pacientes que moram em municípios classificados como “Interior” ( $OR = 0,09$ ), que são do gênero feminino ( $OR = 0,81$ ), e oriundos de serviço de saúde classificados como “OSS” ( $OR = 0,54$ ) e “não informado” ( $OR = 0,40$ ) têm menores chances de fazer um pedido prévio.

Por outro lado, pacientes patrocinados pelo DPPE, DPU e representante não informado têm mais chances de realizar um requerimento prévio ( $OR=1,32$ ,  $OR=1,63$  e  $OR=1,42$ , respectivamente), além de decisões promulgadas pelos juízes “8” ( $OR = 1,73$ ) e “10” ( $OR = 2,34$ ). Já as decisões deferidas pelos juízes “1” ( $OR = 0,63$ ) e “6” ( $OR = 0,10$ ) têm menos chances de fazer um pedido administrativo prévio, o que contrasta com o resultado da regressão apresentada pela tabela 9, no qual esses juízes tem altas chances de deferir a ação judicial.

Ainda, pacientes portadores de diagnósticos CID-10: C00-D48 ( $OR = 1,84$ ) e CID-10: N00-N99 ( $OR = 3,06$ ) também possuem maiores chances de realizar um requerimento administrativo prévio. Também destaca-se que pedidos que envolvem medicamentos têm 122,86 mais chance de terem pedidos administrativos anteriores à judicialização.

Tabela 10 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	Intercepto	0.59	0.03	<b>0.000</b>	0.24	0.21	0.105	0.11	0.10	<b>0.017</b>	0.02	0.03	<b>0.007</b>
	<b><i>Gênero</i></b>												
	Homem		ref			ref			ref			ref	
	Mulher	0.81	0.04	<b>0.000</b>	0.80	0.04	<b>0.000</b>	0.81	0.04	<b>0.000</b>	0.81	0.05	<b>0.000</b>
I	<b><i>Faixa etária</i></b>												
	<18	0.51	0.03	<b>0.000</b>	0.64	0.05	<b>0.000</b>	0.57	0.04	<b>0.000</b>	0.95	0.10	0.581
	18-60	0.89	0.05	<b>0.023</b>	0.98	0.05	0.750	0.98	0.06	0.753	0.93	0.06	0.256
	>60		ref			ref			ref			ref	
	<b><i>Município</i></b>												
	Interior				0.54	0.39	0.394	0.80	0.61	0.773	0.09	0.11	<b>0.045</b>
	Fora de PE					ref			ref			ref	
	<b><i>Comarca</i></b>												
	JFPE				2.73	1.37	<b>0.045</b>	1.37	0.72	0.552	0.96	0.54	0.937
	JEFPC				3.40	1.72	<b>0.015</b>	1.73	0.91	0.301	1.38	0.79	0.573
	TJPE				5.22	2.64	<b>0.001</b>	2.28	1.19	0.117	1.77	1.01	0.313
II	Não inf.					ref			ref			ref	
	<b><i>S. saúde</i></b>												
	Público					ref			ref			ref	
	Filantrópico				1.55	0.09	<b>0.000</b>	1.54	0.09	<b>0.000</b>	1.10	0.08	0.184
	Privado				1.36	0.09	<b>0.000</b>	1.39	0.10	<b>0.000</b>	1.02	0.08	0.798
	OSS				0.17	0.04	<b>0.000</b>	0.19	0.05	<b>0.000</b>	0.54	0.15	<b>0.022</b>
	Não inf.				0.30	0.05	<b>0.000</b>	0.49	0.09	<b>0.000</b>	0.40	0.08	<b>0.000</b>
	<b><i>Rep. jurídico</i></b>												
	DPPE							1.36	0.09	<b>0.000</b>	1.32	0.09	<b>0.000</b>
III	DPU							1.85	0.25	<b>0.000</b>	1.63	0.24	<b>0.001</b>
	Privado								ref			ref	
	Não inf.							1.59	0.15	<b>0.000</b>	1.42	0.14	<b>0.001</b>

(continua)

Tabela 10 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

		(continua)											
Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	<i><b>Prescritor</b></i>												
	Prescritor 1							5.34	1.37	<b>0.000</b>	2.09	0.56	<b>0.006</b>
	Prescritor 2							22.27	6.48	<b>0.000</b>	9.19	2.82	<b>0.000</b>
	Prescritor 4							16.65	5.36	<b>0.000</b>	4.88	1.62	<b>0.000</b>
	Prescritor 5							0.28	0.21	0.093	0.14	0.11	<b>0.011</b>
	Prescritor 6							9.57	3.24	<b>0.000</b>	3.52	1.23	<b>0.000</b>
	Prescritor 7							24.47	9.09	<b>0.000</b>	7.24	2.80	<b>0.000</b>
	Prescritor 8							4.86	1.62	<b>0.000</b>	1.85	0.64	0.072
	Prescritor 9							6.85	2.28	<b>0.000</b>	2.48	0.85	<b>0.008</b>
	Prescritor 10							10.03	3.52	<b>0.000</b>	4.06	1.47	<b>0.000</b>
III	Outros							3.50	0.62	<b>0.000</b>	2.62	0.50	<b>0.000</b>
	Ilegível								ref			ref	
	Não inf.							1.36	0.31	0.170	2.77	0.70	<b>0.000</b>
	<i><b>Juiz de direito</b></i>												
	Juiz 1							0.18	0.03	<b>0.000</b>	0.63	0.13	<b>0.024</b>
	Juiz 6							0.11	0.04	<b>0.000</b>	0.10	0.04	<b>0.000</b>
	Juiz 8							1.65	0.30	<b>0.005</b>	1.73	0.36	<b>0.010</b>
	Juiz 9							0.66	0.12	<b>0.022</b>	0.60	0.12	<b>0.011</b>
	Juiz 10							2.48	0.47	<b>0.000</b>	2.34	0.55	<b>0.000</b>
	Não inf.							0.44	0.07	<b>0.000</b>	0.52	0.09	<b>0.000</b>
	Outros								ref			ref	
	<i><b>Produto de saúde</b></i>												
	Alimento										40.48	29.88	<b>0.000</b>
	Cirurgia										5.22	4.06	<b>0.034</b>
IV	Equipamento										88.71	67.69	<b>0.000</b>
	Homecare										30.69	23.01	<b>0.000</b>
	Insumo										24.69	18.73	<b>0.000</b>
	Medicamento										122.86	88.60	<b>0.000</b>

(continua)

Tabela 10 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

(conclusão)

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	OPME										42.78	32.01	<b>0.000</b>
	Proc. - Médico										7.45	5.90	<b>0.011</b>
	Proc. - Outros										117.64	103.31	<b>0.000</b>
	<i>Diagnóstico (CID-10)</i>												
	C00-D48										1.84	0.19	<b>0.000</b>
	E00-E90										0.58	0.07	<b>0.000</b>
IV	G00-G99										0.68	0.09	<b>0.006</b>
	N00-N99										3.06	0.45	<b>0.000</b>
	I00-I99										0.73	0.12	<b>0.046</b>
	F00-F99										0.65	0.11	<b>0.011</b>
	H00-H59										0.55	0.12	<b>0.008</b>
	Não informado										0.27	0.05	<b>0.000</b>
	Outros												ref

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: OR: Estimativa em *Odds Ratio*. EP: Erro padrão. Ref: nível de referência. O nível de referência da variável dependente foi a categoria “sim” para presença de pedido administrativo prévio.

Nota 2: Todas as variáveis compuseram o modelo de regressão, no entanto apenas as variáveis com resultados estatisticamente significantes (p-valor <0,05) estão apresentadas nesta tabela.

Em análise voltada para o impacto da demanda quando o produto é um medicamento, a tabela 11 apresenta os parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, organizados em cinco blocos, ajustados para descrever a influência das variáveis relacionadas ao produto medicamento sobre o desfecho “deferimento da ação judicial”.

No modelo 1, que compreende o bloco com as características demográficas, nenhuma variável apresentou significância estatística.

No modelo 2, que inclui no modelo de regressão as variáveis relativas ao território (bloco II), todas as categorias da variável “comarca” (Recife, RMR, JFPE, JEFPC, Interior e TJPE) permaneceram no modelo ( $p < 0,001$ ), e a variável “serviço de saúde”, quando não informado ( $p < 0,001$ ).

No modelo 3, que adiciona ao modelo de regressão as variáveis referentes aos profissionais envolvidos, do bloco II permanecem as variáveis referentes à comarca “Recife” ( $p = 0,027$ ), “Interior” ( $p = 0,014$ ) e “TJPE” ( $p < 0,001$ ), e serviço de saúde “não informado” ( $p = 0,002$ ); do bloco III, inclui-se as variáveis referentes ao representante jurídico “MPPE” ( $p = 0,015$ ), juiz “1” ( $p = 0,034$ ), juiz “5” ( $p = 0,020$ ), juiz “6” ( $p = 0,028$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ).

No modelo 4, adiciona-se o bloco referente aos dados de saúde. Nesse modelo, do bloco II permanecem as variáveis referentes à comarca “Recife” ( $p = 0,016$ ), “Interior” ( $p = 0,007$ ) e “TJPE” ( $p < 0,001$ ), e serviço de saúde “não informado” ( $p = 0,002$ ); do bloco III, permaneceram as variáveis “MPPE” ( $p = 0,027$ ), e os juízes “1” ( $p = 0,017$ ), “5” ( $p = 0,022$ ), “6” ( $p = 0,025$ ), e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ). Do bloco IV, compuseram o modelo 4 os diagnósticos “N00-N9 - Doenças do aparelho geniturinário” ( $p < 0,001$ ) e “H00-H59 - Doenças do olho e anexos” ( $p = 0,044$ ).

No modelo final (modelo 5), são adicionadas informações relativas ao medicamento. Após o ajuste dos cinco blocos hierárquicos, as variáveis que compuseram o modelo final foram: do bloco II, as comarcas “Recife” ( $p = 0,012$ ), “JEFPC” ( $p = 0,043$ ), “Interior” ( $p = 0,005$ ) e “TJPE” ( $p < 0,001$ ); ainda, “serviço de saúde não informado” ( $p = 0,007$ ). Do bloco III, permaneceram no modelo as variáveis representante jurídico “MPPE” ( $p = 0,021$ ), e juízes “1” ( $p = 0,014$ ), “5” ( $p = 0,027$ ), “6” ( $p = 0,025$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ); do bloco V, compuseram o modelo os grupos ATC H05 – Homeostase do cálcio ( $p = 0,043$ ), N03 – Antiepilépticos ( $p = 0,002$ ), e N06 – Psicoanalépticos ( $p = 0,010$ ).

Tabela 11 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	Intercepto	13.98	1.40	<b>0.000</b>	0.77	0.97	0.833	5.61	7.72	0.211	5.75	8.22	0.221	8.90	16.68	0.244
I	<b>Gênero</b>															
	<b>Faixa etária</b>															
II	<b>Município</b>															
	<b>Comarca</b>															
	Recife				17.58	8.98	<b>0.000</b>	3.36	1.85	<b>0.027</b>	3.78	2.09	<b>0.016</b>	4.08	2.29	<b>0.012</b>
	RMR				12.13	6.28	<b>0.000</b>	1.95	1.10	0.233	2.04	1.15	0.207	2.17	1.24	0.177
	JFPE				8.09	4.04	<b>0.000</b>	1.54	0.85	0.435	1.68	0.93	0.347	1.71	0.96	0.340
	JEFPC				12.66	6.63	<b>0.000</b>	2.81	1.62	0.074	3.03	1.75	0.055	3.28	1.93	<b>0.043</b>
	Interior				15.80	7.92	<b>0.000</b>	3.79	2.05	<b>0.014</b>	4.26	2.31	<b>0.007</b>	4.64	2.55	<b>0.005</b>
	TJPE				62.44	38.91	<b>0.000</b>	12.65	8.32	<b>0.000</b>	13.96	9.20	<b>0.000</b>	14.32	9.56	<b>0.000</b>
	Não inf.						ref			ref			ref			ref
	<b>S. saúde</b>															
Público						ref			ref			ref			ref	
Não inf.				0.42	0.09	<b>0.000</b>	0.46	0.12	<b>0.002</b>	0.46	0.12	<b>0.002</b>	0.50	0.13	<b>0.007</b>	
III	<b>Rep. jurídico</b>															
	MPPE							1.94	0.53	<b>0.015</b>	1.83	0.50	<b>0.027</b>	1.89	0.52	<b>0.021</b>
	Privado								ref			ref			ref	
	DPPE							1.18	0.16	0.225	1.16	0.16	0.282	1.19	0.17	0.209
	DPU							1.45	0.33	0.103	1.34	0.31	0.195	1.38	0.32	0.159
	Não inf.							1.14	0.20	0.472	1.08	0.19	0.684	1.09	0.20	0.618
	<b>Prescritor</b>															
	<b>Juiz de direito</b>															
	Juiz 1							3.59	2.16	<b>0.034</b>	4.22	2.56	<b>0.017</b>	4.48	2.73	<b>0.014</b>
	Juiz 5							4.03	2.42	<b>0.020</b>	3.99	2.41	<b>0.022</b>	3.81	2.30	<b>0.027</b>
Juiz 6							3.32	1.81	<b>0.028</b>	3.40	1.85	<b>0.025</b>	3.41	1.86	<b>0.025</b>	
Não inf.							0.17	0.03	<b>0.000</b>	0.18	0.03	<b>0.000</b>	0.18	0.03	<b>0.000</b>	
Outros									ref			ref			ref	

(continua)

Tabela 11 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre o deferimento de ações judiciais

		(conclusão)														
Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
	<i>Diagnóstico (CID-10)</i>															
IV	N00-N99									4.39	1.77	<b>0.000</b>	1.80	0.95	0.263	
	H00-H59									0.53	0.17	<b>0.044</b>	1.49	1.09	0.585	
	Outros											ref			ref	
	<i>Status de incorp.</i>															
	<i>Grupo ATC</i>															
V	H05												3.07	1.71	<b>0.043</b>	
	N03												0.37	0.12	<b>0.002</b>	
	N06												0.39	0.14	<b>0.010</b>	
	Outros														ref	

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: OR: Estimativa em *Odds Ratio*. EP: Erro padrão. Ref: nível de referência. O nível de referência da variável dependente foi a categoria “sim” para decisão deferida.

Nota 2: Todas as variáveis compuseram o modelo de regressão, no entanto apenas as variáveis com resultados estatisticamente significantes (p-valor <0,05) estão apresentadas nesta tabela.

Diante da análise desse modelo final da regressão logística múltipla, apresentado na tabela 11, verifica-se quais as características que fazem os pacientes cujas demandas são por medicamentos tenham maiores chances de obter o deferimento das ações judiciais. Nessa análise, destaca-se que a variável relacionada à comarca “TJPE” (OR = 14,32) apresenta maior magnitude entre os estimados, podendo-se afirmar que pacientes que são vinculadas à comarca “TJPE” possuem 14,32 mais chances de obter o deferimento de seus pedidos de medicamento através da ação judicial.

Pacientes associados a ações judiciais sem informações sobre o serviço de saúde (OR = 0,50) têm menores chances de obter deferimento da ação judicial, enquanto pacientes com representante jurídico “MPPE” (OR = 1,89) e pacientes que solicitaram medicamentos do grupo anatômico-terapêutico ATC H05 – Homeostase do cálcio (OR = 3,07) têm mais chances de obter o deferimento de seus pedidos. No entanto, pacientes que entraram com pedidos de medicamentos das classes N03 – Antiepiléticos (OR = 0,37) e N06 – Psicoanalépticos (OR = 0,39) têm menores chances de deferimento da ação judicial.

Interessante ressaltar que as variáveis relacionadas a prescritores e ao status de incorporação de medicamentos não apresentaram relevância estatística nessa análise.

Finalmente, a última regressão, apresentada na tabela 12, traz os parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada, organizados em cinco blocos, ajustados para descrever a influência das variáveis relacionadas ao produto medicamento sobre o desfecho “presença do requerimento administrativo prévio”.

No modelo 1, que inclui o bloco com as características demográficas, o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e as faixas etárias “<18” ( $p < 0,001$ ) e “18 a 60” ( $p = 0,003$ ) compuseram o modelo.

No modelo 2, que inclui no modelo de regressão as variáveis relativas ao território (bloco II), permaneceram no modelo as seguintes variáveis do bloco I: o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e a faixa etária “<18” ( $p < 0,001$ ); do bloco II, tiveram significância estatística as categorias de município Recife ( $p < 0,001$ ) e RMR ( $p < 0,001$ ), e as categorias da variável serviço de saúde “OSS” ( $p = 0,011$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ).

No modelo 3, que adiciona ao modelo de regressão as variáveis referentes aos profissionais envolvidos, permaneceram no modelo o gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ) e a faixa etária “<18” ( $p < 0,001$ ) do bloco I; do bloco II, permanecem no modelo as categorias de município Recife ( $p < 0,001$ ) e RMR ( $p < 0,001$ ), e as categorias da variável serviço de saúde “Filantrópico” ( $p < 0,001$ ), “OSS” ( $p = 0,015$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ); do bloco III, permanecem as variáveis representante jurídico “DPPE”, “DPU” e “Não informado” (todos com  $p < 0,001$ ), e os prescritores “1”, “2”, “4”, “6”, “7”, “9”, “10”, “outros” (todos com  $p <$

0,001), prescritor “5” ( $p = 0,038$ ), prescritor “8” ( $p = 0,004$ ) e prescritor “não informado” ( $p = 0,001$ ); juizes “1” ( $p = 0,005$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,009$ ), “9” ( $p = 0,018$ ), “10” ( $p = 0,002$ ) e juiz “não informado” ( $p < 0,001$ ).

No modelo 4, adiciona-se o bloco referente aos dados de saúde. Nesse modelo, do bloco I, permanece a variável de gênero “mulher” ( $p < 0,001$ ); do bloco II permanecem as variáveis referentes ao município “Recife” ( $p < 0,001$ ) e “RMR” ( $p < 0,001$ ), e serviço de saúde “não informado” ( $p < 0,001$ ); do bloco III, permaneceram as variáveis “DPPE” ( $p < 0,001$ ), “DPU” ( $p = 0,001$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ), e os prescritores “1” ( $p = 0,005$ ), “2” ( $p < 0,001$ ), “4” ( $p < 0,001$ ), “5” ( $p = 0,016$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “7” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,050$ ) “9” ( $p = 0,010$ ), “10” ( $p < 0,001$ ), “outros” ( $p < 0,001$ ), e prescritor “não informado” ( $p < 0,001$ ); juizes “6” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,009$ ), “9” ( $p = 0,010$ ), “10” ( $p = 0,005$ ) e juiz “não informado” ( $p = 0,004$ ).

Do bloco IV, compuseram o modelo 4 os diagnósticos de “C00-D48 – Neoplasias (tumores)” ( $p < 0,001$ ), “E00-E90 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” ( $p < 0,001$ ), “G00-G99 – Doenças do sistema nervoso” ( $p < 0,001$ ), “N00-N9 – Doenças do aparelho geniturinário” ( $p < 0,001$ ), “I00-I99 – Doenças do aparelho circulatório” ( $p = 0,022$ ), “F00-F99 – Transtornos mentais e comportamentais” ( $p = 0,005$ ), “J00-J99 – Doenças do aparelho respiratório” ( $p = 0,046$ ), “H00-H59 – Doenças do olho e anexos” ( $p = 0,004$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ).

No modelo final (modelo 5), são adicionadas informações relativas ao medicamento. Após o ajuste dos cinco blocos hierárquicos, as variáveis que compuseram o modelo final foram: do bloco I, o gênero “mulher” ( $p = 0,004$ ); do bloco II, o tipo de município “Recife” ( $p < 0,001$ ) e “RMR” ( $p < 0,001$ ); ainda, “serviço de saúde não informado” ( $p < 0,001$ ). Do bloco III, permaneceram no modelo as variáveis representante jurídico “DPPE” ( $p < 0,001$ ), “DPU” ( $p = 0,005$ ) e “não informado” ( $p < 0,001$ ), e os prescritores “1” ( $p = 0,006$ ), “2” ( $p < 0,001$ ), “4” ( $p < 0,001$ ), “5” ( $p = 0,007$ ), “6” ( $p < 0,004$ ), “7” ( $p < 0,001$ ), “10” ( $p < 0,001$ ), “outros” ( $p < 0,001$ ) e “não informado” ( $p < 0,001$ ); e os juizes “2” ( $p = 0,042$ ), “6” ( $p < 0,001$ ), “8” ( $p = 0,009$ ), “9” ( $p = 0,008$ ), “10” ( $p = 0,011$ ) e juiz “não informado” ( $p = 0,003$ ).

Do bloco IV, compuseram o modelo final os diagnósticos de “C00-D48 – Neoplasias (tumores)” ( $p = 0,038$ ), “E00-E90 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” ( $p < 0,001$ ), “J00-J99 – Doenças do aparelho respiratório” ( $p < 0,001$ ) e “Não informado” ( $p < 0,001$ ). Do bloco V, compuseram o modelo os grupos ATC L01 - Agentes antineoplásicos ( $p < 0,001$ ), L02 – Terapia endócrina ( $p < 0,001$ ), L04 – Imunossupressores ( $p < 0,001$ ), H01 – Hormônios pituitários e hipotalâmicos e análogos ( $p < 0,001$ ), A10 – Drogas usadas no diabetes

( $p < 0,001$ ), H5 – Homeostase do cálcio ( $p < 0,001$ ), N03 – Antiepilépticos ( $p = 0,010$ ), e N06 – Psicoanalépticos ( $p = 0,014$ ).

O modelo final desta regressão logística múltipla traz quais as características que fazem com que os pacientes que pleitearam medicamentos como produto de saúde tenham maiores chances de realizar um requerimento administrativo previamente à judicialização do pedido. Ao analisar a tabela 12, percebe-se que pacientes que são do gênero feminino (OR = 0,83) e atendidos em serviços de saúde classificados como “não informado” (OR = 0,40) tem menores chances de fazer um pedido prévio.

Por outro lado, pacientes patrocinados pelo DPPE, DPU e representante não informado, e pacientes que residem no Recife e RMR, têm mais chances de realizar um requerimento administrativo prévio solicitando medicamentos, além de decisões promulgadas pelos juízes “8” (OR = 1,91) e “10” (OR = 1,91). Destaca-se que a variável “Prescritor 7” (OR = 6,32) apresenta maior magnitude estimada entre os prescritores, podendo-se afirmar que pacientes assistidos pelo prescritor “7” possuem 6,32 mais chances de solicitar um requerimento administrativo.

Quanto ao grupo ATC dos medicamentos solicitados, observa-se que pacientes que solicitaram medicamentos do grupo anatômico-terapêutico ATC H05 – Homeostase do cálcio (OR = 3,84) e H01 – Hormônios pituitários e hipotalâmicos e análogos (OR = 4,63) são os que têm maiores chances de realizar pedido administrativo prévio entre os resultados estimados. Em contraponto, pacientes que solicitaram medicamentos classificados como A10 – Drogas usadas no diabetes (OR = 0,24) têm menores chances de requerer administrativamente um medicamento entre os resultados observados.

Tabela 12 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p									
	Intercepto	1.09	0.06	0.084	0.43	0.24	0.132	0.22	0.13	<b>0.013</b>	0.22	0.14	<b>0.016</b>	0.14	0.20	0.172
	<b>Gênero</b>															
	Homem		ref			ref			ref			ref			ref	
	Mulher	0.74	0.04	<b>0.000</b>	0.72	0.04	<b>0.000</b>	0.73	0.04	<b>0.000</b>	0.80	0.05	<b>0.000</b>	0.83	0.05	<b>0.004</b>
I	<b>Faixa etária</b>															
	<18	0.53	0.04	<b>0.000</b>	0.60	0.05	<b>0.000</b>	0.53	0.05	<b>0.000</b>	0.92	0.10	0.452	0.89	0.11	0.369
	18-60	0.84	0.05	<b>0.003</b>	0.91	0.06	0.156	0.90	0.06	0.098	0.89	0.06	0.118	0.91	0.07	0.200
	>60		ref			ref			ref			ref			ref	
	<b>Município</b>															
	Recife				2.70	0.26	<b>0.000</b>	1.75	0.19	<b>0.000</b>	1.79	0.20	<b>0.000</b>	1.94	0.22	<b>0.000</b>
	RMR				2.61	0.30	<b>0.000</b>	1.66	0.20	<b>0.000</b>	1.63	0.20	<b>0.000</b>	1.67	0.22	<b>0.000</b>
	Interior					ref			ref			ref			ref	
	<b>Comarca</b>															
II	<b>S. saúde</b>															
	Público					ref			ref			ref			ref	
	Filantropico				1.14	0.07	0.051	1.29	0.09	<b>0.000</b>	1.01	0.08	0.883	0.96	0.08	0.648
	OSS				0.45	0.14	<b>0.011</b>	0.47	0.15	<b>0.015</b>	0.57	0.18	0.077	0.69	0.22	0.252
	Não inf.				0.30	0.06	<b>0.000</b>	0.36	0.08	<b>0.000</b>	0.36	0.08	<b>0.000</b>	0.40	0.09	<b>0.000</b>
	<b>Rep. jurídico</b>															
	Privado								ref			ref			ref	
	DPPE							1.50	0.11	<b>0.000</b>	1.45	0.11	<b>0.000</b>	1.53	0.12	<b>0.000</b>
	DPU							1.84	0.28	<b>0.000</b>	1.66	0.26	<b>0.001</b>	1.56	0.25	<b>0.005</b>
	Não inf.							1.62	0.17	<b>0.000</b>	1.58	0.17	<b>0.000</b>	1.61	0.18	<b>0.000</b>
III	<b>Prescritor</b>															
	Prescritor 1							2.88	0.81	<b>0.000</b>	2.22	0.64	<b>0.005</b>	2.26	0.66	<b>0.006</b>
	Prescritor 2							9.93	3.13	<b>0.000</b>	9.05	2.92	<b>0.000</b>	5.29	1.76	<b>0.000</b>
	Prescritor 4							7.99	2.73	<b>0.000</b>	4.88	1.69	<b>0.000</b>	4.57	1.61	<b>0.000</b>
	Prescritor 5							0.20	0.16	<b>0.038</b>	0.16	0.12	<b>0.016</b>	0.12	0.09	<b>0.007</b>
	Prescritor 6							5.23	1.88	<b>0.000</b>	3.78	1.37	<b>0.000</b>	2.86	1.05	<b>0.004</b>

(continua)

Tabela 12 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

(continua)

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p	OR	EP	p
III	Prescritor 7							12.72	5.06	<b>0.000</b>	7.24	2.91	<b>0.000</b>	6.32	2.56	<b>0.000</b>
	Prescritor 8							2.79	0.99	<b>0.004</b>	2.02	0.72	<b>0.050</b>	1.83	0.67	0.100
	Prescritor 9							3.43	1.20	<b>0.000</b>	2.49	0.88	<b>0.010</b>	1.82	0.66	0.102
	Prescritor 10							6.34	2.38	<b>0.000</b>	4.52	1.70	<b>0.000</b>	4.67	1.80	<b>0.000</b>
	Ilegível								ref			ref			ref	
	Outros							3.06	0.64	<b>0.000</b>	2.77	0.59	<b>0.000</b>	2.50	0.55	<b>0.000</b>
	Não inf.							2.66	0.76	<b>0.001</b>	2.97	0.87	<b>0.000</b>	2.93	0.89	<b>0.000</b>
	<b>Juiz de direito</b>															
	Juiz 1							0.53	0.12	<b>0.005</b>	0.66	0.15	0.070	0.70	0.17	0.146
	Juiz 2							0.82	0.14	0.260	0.80	0.14	0.205	0.68	0.13	<b>0.042</b>
Juiz 6							0.07	0.03	<b>0.000</b>	0.07	0.03	<b>0.000</b>	0.07	0.03	<b>0.000</b>	
Juiz 8							1.83	0.42	<b>0.009</b>	1.86	0.44	<b>0.009</b>	1.91	0.47	<b>0.009</b>	
Juiz 9							0.61	0.13	<b>0.018</b>	0.57	0.12	<b>0.010</b>	0.54	0.12	<b>0.008</b>	
Juiz 10							2.07	0.50	<b>0.002</b>	1.98	0.49	<b>0.005</b>	1.91	0.49	<b>0.011</b>	
Não inf.							0.53	0.09	<b>0.000</b>	0.59	0.11	<b>0.004</b>	0.58	0.11	<b>0.003</b>	
Outros								ref			ref			ref		
<b>Diagnóstico (CID-10)</b>																
IV	C00-D48										1.86	0.21	<b>0.000</b>	0.73	0.11	<b>0.038</b>
	E00-E90										0.56	0.08	<b>0.000</b>	0.50	0.08	<b>0.000</b>
	G00-G99										0.47	0.08	<b>0.000</b>	0.97	0.20	0.871
	N00-N99										2.76	0.44	<b>0.000</b>	1.39	0.32	0.154
	I00-I99										0.67	0.12	<b>0.022</b>	0.77	0.17	0.225
	F00-F99										0.60	0.11	<b>0.005</b>	1.31	0.41	0.385
	J00-J99										0.69	0.13	<b>0.046</b>	0.39	0.09	<b>0.000</b>
	H00-H59										0.51	0.12	<b>0.004</b>	0.51	0.27	0.200
	Não informado										0.24	0.06	<b>0.000</b>	0.19	0.05	<b>0.000</b>
	Outros											ref			ref	

(continua)

Tabela 12 – Parâmetros estimados dos modelos de regressão logística múltipla hierarquizada para o produto medicamento, ajustados para descrever a influência das variáveis sobre a presença de requerimento administrativo prévio

(conclusão)

Bloco	Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5 (final)		
		OR	EP	p	OR	EP	p									
	<i>Status de incorp.</i>															
	<i>Grupo ATC</i>															
	L01												2.57	0.35	<b>0.000</b>	
	L02												2.40	0.38	<b>0.000</b>	
	L04												2.01	0.29	<b>0.000</b>	
V	H01												4.63	0.80	<b>0.000</b>	
	A10												0.24	0.08	<b>0.000</b>	
	H05												3.84	0.87	<b>0.000</b>	
	N03												0.47	0.14	<b>0.010</b>	
	N06												0.47	0.14	<b>0.014</b>	
	Outros															ref

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Nota: OR: Estimativa em *Odds Ratio*. EP: Erro padrão. Ref: nível de referência. O nível de referência da variável dependente foi a categoria “sim” para presença de pedido administrativo prévio..

Nota 2: Todas as variáveis compuseram o modelo de regressão, no entanto apenas as variáveis com resultados estatisticamente significantes (p-valor <0,05) estão apresentadas nesta tabela.

## 6 DISCUSSÃO

O estudo apresenta os cenários de judicialização da saúde a partir de análise consistente da base de dados da SES/PE.

Há uma propensão de desaceleração da judicialização no Estado de Pernambuco e um maior critério no deferimento de liminares, no entanto ainda é cedo para confirmar essas tendências. Vieira (2020a) também aponta para a possibilidade de desaceleração da judicialização do SUS, mas destaca que as demandas que envolvem pedidos de medicamentos ainda se encontram num patamar elevado. Nessa pesquisa, há validação desse fato, pois a categoria referente a medicamentos representa a principal demanda de judicialização no Estado de Pernambuco; porém observou-se uma queda de 8,9% entre 2015 e 2020 no impacto dessas demandas no total das ações judiciais.

A pesquisa realizada pelo CNJ feita a partir de dados relativos aos anos de 2019 e 2020, obtidos do painel interativo “Justiça em Números” e excluindo-se os assuntos “Planos de Saúde” e “Seguros”, também aponta que os assuntos mais frequentes nos processos judiciais de saúde pública são os vinculados a fornecimento de medicamentos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

Com relação aos pedidos considerados procedentes, há um alto percentual de deferimento em todas as categorias, no entanto a categoria “leito hospitalar”, que é composta majoritariamente por pedidos de internamento em UTI, é a que apresenta maior grau de procedência (97,2%). Na pesquisa realizada pelo CNJ, esse grupo de assunto também foi o que alcançou maior percentual de deferimento, atingindo 91,8% do total de ações, ao se considerar os pedidos total e parcialmente deferidos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

A concentração de ações judiciais na RMR e nos polos regionais do interior do Estado, em análise ponderada pelo número de habitantes, indicam que há um afastamento das decisões judiciais da população que reside em cidades menos desenvolvidas e longes dos grandes centros. Lopes *et al.* (2019), nessa mesma linha, apontam em estudos realizados em municípios de Minas Gerais que a judicialização da saúde favoreceu a concentração de recursos de saúde em municípios com perfis socioeconômicos melhores. Em análise que considera fatores socioeconômicos, Barros (2020) afere em pesquisa realizada em Pernambuco que pacientes que tem acesso à judicialização de demandas de saúde têm melhores condições financeiras e maior conhecimento do direito à saúde.

Ainda, em análise que considera a distribuição das demandas nas 12 regiões de saúde de Pernambuco, observa-se que 42% concentraram-se na 1ª Região de Saúde, que abriga a

RMR. Além do grande aglomerado de pessoas na região, esse fato pode ser explicado também pela concentração de unidades de saúde de média e alta complexidade na região (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No entanto, Biehl, Socal e Amon (2016), em estudo realizado no Rio Grande do Sul, constataram que apenas 8,0% das ações judiciais advinham de habitantes da capital daquele Estado, enquanto que no presente estudo 26,26% dos pacientes são moradores do Recife, dado este que destaca mais uma vez as diferenças regionais do fenômeno da judicialização.

Deve-se ainda discutir a alta demanda judicial advinda dos serviços de saúde vinculados ao SUS em Pernambuco (74,5% do total das ações judiciais). Realidade semelhante foi encontrada em estudo realizado no Ceará, onde 76,3% das prescrições de tratamento de saúde provinham da rede pública de saúde (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016).

Ainda nessa temática, em estudo que aborda as decisões judiciais em uma capital brasileira, Chagas *et al.* (2020) constatam em sua pesquisa que houve um aumento nas prescrições provenientes do SUS após a implantação de câmara de assessoria técnica no município, e indicam duas explicações possíveis para isso. A primeira, sugere uma melhoria no acesso às consultas médicas no sistema público pelos demandantes; já a segunda hipótese aponta para a utilização do SUS pelos usuários do sistema de saúde complementar apenas para obter a transcrição da prescrição por profissional credenciado ao SUS, solução pela qual os usuários buscam suprir a falta de cobertura de medicamentos pelo sistema complementar.

Quanto aos patronos dos autores, em Pernambuco há uma alta participação da advocacia pública, que corresponde a 53,5%, contra 32,9% de advogados particulares. Resultado distinto é a realidade observada no Ceará, na qual 68,4% dos processos judiciais eram patrocinados por advogados particulares (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016). Já em estudo conduzido no Rio Grande do Sul, pesquisadores apuraram que mais da metade dos requerentes foram representados por defensores públicos, órgão que oferece serviços para a população considerada hipossuficiente financeira, o que pode ser uma evidência indireta da condição social desses pacientes; ainda, para os pesquisadores, a defensoria pública desempenha um papel importante no litígio de direito à saúde, pois expande o acesso ao litígio para ambientes geograficamente e socioeconomicamente diversos (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; SOCAL; AMON; BIEHL, 2020).

Em pesquisa de 2019 aponta-se que os principais assuntos enfrentados pelos tribunais em segunda instância não são necessariamente os mais apresentados em primeira instância. Aparentemente há um viés de assunto quando se trata de recurso judicial, o que precisa ser melhor investigado, mas que pode justificar uma maior chance de deferimento quando o

processo é julgado pelo TJPE, bem como a maior demanda observada por medicamentos não incorporados ao SUS nesse Tribunal (INSPER, 2019a).

No presente estudo, foi observado que ações judiciais patrocinadas pelo MPPE têm mais chances de obter deferimento, bem como processos advindos do interior do Estado. Esses resultados vão ao encontro do que afirma pesquisa recente, que aponta o MPPE como um dos vetores da excessiva judicialização de interesses individuais contra o SUS no interior do estado, motivado por falhas na capacitação profissional dos promotores na abordagem do tema da saúde (SANTANA; NUNES, 2019). Ainda, ao se analisar somente casos em primeira instância, observa-se um destaque na participação da Defensoria e do Ministério Público em alguns dos estados brasileiros, inclusive Pernambuco (INSPER, 2019a).

Ao se analisar os diagnósticos mais frequentes em Pernambuco, observa-se a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente cânceres, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas. As DCNT são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no mundo, acarretando em diminuição de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo estudos publicados pelo MS, na população masculina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por maiores taxas de mortalidade prematura no período de 2000 a 2019, embora tenha havido decréscimo em sua magnitude. Já na população feminina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade até o ano de 2013, e partir de 2014, a maior causa passou a ser por neoplasias malignas (BRASIL, 2021).

Já quanto aos diagnósticos, os códigos CID-10 correspondentes às faixas de N00-N99 - doenças do aparelho geniturinário e K00-K93 - doenças do aparelho digestivo são os que têm mais chances de deferimento, justificados respectivamente pela alta demanda pelo medicamento cinacalcete (código ATC H05 – Homeostase do cálcio) até a sua incorporação ao SUS, e pela alta demanda por fórmulas alimentares, para as quais não há estabelecimento de política de fornecimento dentro da Assistência Farmacêutica.

Quanto à concentração de processos demandados por prescritores, considera-se nesse estudo que há uma boa distribuição das ações judiciais entre os profissionais assistentes, portanto não há evidências de beneficiamento de interesses particulares, tanto pela indústria farmacêutica como a de OPME. Campos Neto, Gonçalves e Andrade (2018), ao realizar entrevistas com prescritores, apontam que esses profissionais têm consciência das estratégias que as indústrias têm utilizado para convencerem pacientes e/ou médicos do uso de medicamentos ou equipamentos que não constam nas listas do SUS, no entanto os prescritores

ponderam que o aumento das ações judiciais acontece, também, por deficiência da política pública ou por desconhecimento pelos tomadores de decisão.

Quanto aos resultados referentes aos magistrados, longe do objetivo de apontar indivíduos, observou-se que alguns juízes têm mais chances de deferir ações judiciais, ao mesmo tempo que têm baixas chances de participar de ações instruídas por requerimento administrativo prévio, conforme inferido pela análise pela regressão. Este apontamento pode indicar um perfil de juízes com baixo acesso a informações para julgar o direito. A pesquisa do CNJ aponta que 70% dos magistrados questionados afirmam que faltam informações suficientes para julgar o processo com o critério e adequação necessário (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021).

A demanda de medicamentos não incorporados ao SUS alcança um patamar de 54,36% do total de pedidos de medicamentos, e entre os medicamentos já incorporados, os que pertencem às listas do Componente Especializado/ Normas Técnicas da SES/PE são os mais demandados judicialmente. Em estudo conduzido no Rio Grande do Norte, referente aos anos de 2013 e 2017, 60,7% dos medicamentos não faziam parte da RENAME, e daqueles que foram solicitados e estão presentes na RENAME, os que pertencem ao Componente Especializado foram os mais frequentes (OLIVEIRA *et al.*, 2020), números análogos com os achados do presente estudo.

Uma justificativa para esse panorama heterogêneo é que diante de diferenças regionais, a judicialização da saúde expressa falhas na assistência farmacêutica quando há maior número de demandas judiciais por medicamentos já incorporados, enquanto nos cenários em que os pedidos são predominantemente de medicamentos que não fazem parte da RENAME, há indicativo de bom funcionamento da política, sendo judicializados os medicamentos que não são disponibilizados pelo SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em complemento a este entendimento, observou-se a tendência de diminuição de demandas judiciais em dois medicamentos, analisados no gráfico 6, que foram incorporados ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica após a decisão da CONITEC. No entanto, na análise do medicamento antineoplásico abiraterona, observou-se que mesmo após a incorporação, manteve-se o patamar de judicialização para este medicamento. Pode-se indicar que no caso de medicamento antineoplásico apenas a incorporação do medicamento não foi suficiente para evitar judicialização, apontando possivelmente para uma falha na política de atendimento de pacientes portadores de neoplasias.

Importante destacar que Oliveira *et al.* (2018) em seu estudo que analisa as ações judiciais de Pernambuco em 2016, relata que o aumento observado das ações que demandaram

insulina glargina em alguns meses daquele ano foi decorrente de desabastecimento do medicamento na Farmácia do Estado. Esse pico de demanda está evidenciado no gráfico 6. À época, o Estado de Pernambuco fornecia a insulina glargina por meio de uma Ação Civil Pública, em resposta ao crescente número de demandas judiciais desse medicamento.

Acerca da dinâmica de incorporação de tecnologias, para os medicamentos oncológicos aprovados pela CONITEC pressupõe-se a compra centralizada pelo Executivo federal, a fim de reduzir custos, promover racionalização na prescrição e padronizar a codificação dos procedimentos; porém não há o estabelecimento de uma lista padronizada de medicamentos oncológicos para o SUS. Neste sentido, ocorre um vazio de mecanismos institucionais que promovam a organização da disponibilidade destes tratamentos no SUS, revelando uma desarticulação entre os modelos de assistência farmacêutica e oncológica (VIDAL *et al.*, 2017).

No contexto pernambucano, no qual 25,15% da demanda judicial de medicamentos é apenas para fornecimento de medicamentos classificados como agentes antineoplásicos, Tardieux (2021) aponta que diante da predominância de ajuizamentos decorrentes de neoplasias em Pernambuco, deve-se rever a atuação do Estado para acolhimento população acometida por neoplasias, visto que a judicialização da saúde se manifesta diante da necessidade não atendida dentro do serviço público.

Por fim, quanto aos pedidos administrativos prévios, observa-se uma baixa procura pela oitiva prévia ao pedido judicial em Pernambuco, e ainda uma queda na tendência desses pedidos na análise temporal. Esse achado vai de encontro às recomendações do CNJ.

Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada no Ceará, onde 98% dos processos entre 1998 e 2012 que tiveram tutela antecipada concedida não tiveram como procedimento a consulta administrativa prévia ao setor público (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016). Na presente pesquisa, destaca-se um alto número relativo de pedidos administrativos quando o produto de saúde é um medicamento, ao ser comparado com os demais produtos e serviços de saúde; na análise de regressão, também aferiu-se esse impacto dos pedidos prévios de medicamento. Ainda, observou-se que pacientes residentes no Recife e RMR têm mais chances de realizar um requerimento administrativo.

Quanto aos patrocinadores que têm mais chances de realizar requerimento administrativo prévio, destaca-se a atuação da DPPE e DPU. Para Mendes (2021), a Defensoria Pública é uma instituição com grande capilaridade, e que está em contato direto com a parcela da população mais afetada pelas disfunções da saúde pública brasileira, possuindo assim fatores favoráveis à atuação da Defensoria Pública na judicialização da saúde. Entretanto, para uma atuação adequada, deve-se adotar protocolos unificados de atuação e munir-se de cuidados

instrutórios mínimos, a exemplo da instauração de procedimento administrativo preparatório. Nesse sentido, Sant’Ana (2018) ressalta a atuação das defensorias públicas na construção de arranjos institucionais voltados à solução dos litígios de forma extrajudicial, através do fomento da composição entre as necessidades dos cidadãos e os recursos à disposição da gestão do SUS.

Por outro lado, pacientes que residem no interior, bem como os que são assistidos por OSS têm menos chances de adentrar com um pedido administrativo prévio. Nos últimos anos, a terceirização da administração de serviços de saúde, materializada através das OSS, vem sendo ampliada em todos os níveis de gestão pública. Mesmo considerando os bons resultados gerenciais apresentados em vários trabalhos, fica clara a desconstrução da gestão do trabalho no SUS, com impactos no trabalho em equipe e continuidade do cuidado (SHIMIZU; VERONEZI, 2020). Essa menor incidência de pedidos administrativos prévios dos pacientes assistidos em OSS pode ser sintoma de uma desarticulação entre a gestão pública da saúde e instituições dessa natureza. Destaque também para apontamentos de estudo realizado em Pernambuco, no qual pesquisadores demonstraram gastos significativos com a judicialização de antineoplásicos demandados por OSS (BARRETO; GUEDES; ROCHA FILHO, 2019).

Já quanto às classes ATC dos medicamentos que têm mais chances de serem objetos de um requerimento administrativo prévio, medicamentos classificados como ATC H05 – Homeostase do cálcio e H01 – Hormônios pituitários e hipotalâmicos e análogos têm mais chances. Já drogas classificadas na categoria ATC A10 – drogas usadas no diabetes têm menos chances. Esses achados necessitam de mais estudos sobre os motivos que levam a essa tendência nos pedidos administrativos.

Ressalta-se que não foi apontada nas regressões construídas nesse estudo a influência do status da incorporação dos medicamentos no deferimento das ações judiciais ou na presença dos requerimentos administrativos, o que não corrobora com estudos que levantam hipóteses sobre pressão da indústria farmacêutica para incorporação de novos fármacos ao SUS.

Este estudo apresenta como limitações o fato de retratar uma realidade local, porém diante da heterogeneidade regional brasileira e a partir dos primeiros trabalhos do CNJ que buscam apresentar panorama nacional, é imprescindível a realização de pesquisas locais para aprofundar o conhecimento e confrontar os resultados com as pesquisas nacionais sobre o fenômeno. Além disso, este estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos dos autos processuais que chegaram ao NAJ, tratando-se de uma amostra de conveniência, já que não se dispõe de um sistema gerencial específico para essas ações judiciais para o período estudado. Por fim, há a limitação da falta de informações socioeconômicas dos pacientes na base estudada, o que restringe o alcance dos resultados.

## 7 CONCLUSÕES

No cenário atual de diversos desafios aos serviços de saúde, contextualizado pela realidade imposta pela pandemia do Sars-CoV-2 e pela busca pela qualidade de vida diante do envelhecimento da população brasileira, essas adversidades se afluem no escopo no objetivo do desenvolvimento sustentável voltado para a promoção da saúde, que tem como meta propiciar uma vida saudável e com promoção do bem-estar para todas as pessoas de todas as idades.

A partir da consolidação da saúde como direito social fundamental, forma-se um arcabouço jurídico e institucional no Brasil. No que pese a necessidade de lutas contínuas para a consolidação do SUS, deve-se compreender o fenômeno da judicialização da saúde como um instrumento democrático da afirmação do direito, quando empregado com base na concepção do direito à saúde fundamentalmente coletiva, no contexto das limitações financeiras, tecnológicas e de recursos humanos, e atento aos aspectos culturais, epidemiológicos e sociais da população brasileira.

Ao abordar a atuação dos poderes estatais, a crise institucional do Estado Brasileiro é evidente quando, no decorrer dos vinte anos de enfrentamento da judicialização da saúde, ocorre um vazio institucional de ações do Poder Legislativo, em contraponto aos avanços promovidos pelas relações dos poderes Judiciário e Executivo. Apesar disso, as estratégias institucionais postas em prática podem afetar positivamente o SUS, podendo-se induzir não apenas uma redução do litígio individual no aspecto quantitativo, mas também para elevar a eficiência dos serviços públicos e promover a equidade no SUS.

As informações percebidas a partir da base de dados da SES/PE, articuladas às informações obtidas de documentos públicos, apontam algumas constatações importantes que podem servir para o desenho de estratégias para o desenvolvimento de espaços de articulação entre os diversos atores que lidam com o processo de judicialização da saúde em Pernambuco.

O percentual de deferimento das ações judiciais foi de 91,67%, e o de presença de requerimentos administrativos nas ações foi de 26,73%. Na análise temporal aponta-se para uma tendência de queda nas ações judiciais e nos requerimentos administrativos prévios constantes nas ações judiciais. A tendência de estabilização das ações judiciais, apesar de apontada em outros estudos, ainda precisa de tempo para ser confirmada.

O alto percentual de deferimento das ações judiciais observado em Pernambuco está alinhado com os achados de pesquisas recentes; a grande demanda por medicamentos e o alto percentual de deferimentos no grupo de assuntos relacionados com internamentos hospitalares, especialmente em UTI, também encontram-se descritos nos levantamentos nacionais.

Importante destacar que, na análise temporal, em que se pese a sua predominância nas demandas judiciais, as demandas por medicamentos tiveram tendência de queda no impacto das demandas totais.

A diminuição dos pedidos administrativos prévios observada vai de encontro ao preconizado por deliberações do CNJ. Neste tema, destaca-se o impacto dos requerimentos administrativos quando o assunto é medicamento, indicando que há adesão a esse instrumento nesses casos. Um dado positivo é a atuação das defensorias públicas, pois nesse estudo ficou demonstrado estatisticamente a adoção desse procedimento por essas instituições.

Em Pernambuco há uma alta participação da advocacia pública nas ações judiciais em saúde. Um dado interessante é que de acordo com este estudo, as ações judiciais patrocinadas pelo MPPE e têm mais chances de serem deferidas, fato este que precisa ser melhor elucidado.

Uma discussão que permeia as pesquisas em judicialização da saúde é sobre o acesso da população com mais necessidades a esse instrumento. De fato, esta pesquisa apontou que há um distanciamento entre as decisões judiciais e a população que reside em municípios menos desenvolvidos e fora dos polos regionais do Estado. No entanto, a participação da advocacia pública nos processos judiciais não corrobora com este apontamento, pois o acesso às defensorias públicas tem como premissa a hipossuficiência financeira dos seus clientes.

Outro fator que poderia ser incluído nessa discussão é a grande participação das demandas advindas dos serviços de saúde vinculados ao SUS em Pernambuco. Considera-se no entanto que esse aspecto deve ser melhor pesquisado, pois na literatura há apontamentos para um possível atendimento misto público-privado no fornecimento de medicamentos, o que pode trazer potenciais distorções para a integralidade do atendimento ao paciente.

Quanto ao perfil dos diagnósticos, observa-se prevalência das DCNT, com destaque para as neoplasias, que está parcialmente alinhado ao perfil de mortalidade do país. No entanto, doenças do aparelho geniturinário e do aparelho digestivo são as que têm mais chances de deferimento, achados que podem ser justificados por picos de judicialização causados por atraso na incorporação de tecnologias, desabastecimento ou ausência de políticas.

Nesse contexto, questiona-se a assistência oncológica no Estado de Pernambuco. Foi observada uma alta demanda judicial movida por pacientes portadores de neoplasias, e das demandas judiciais por medicamentos, 25,15% é apenas para fornecimento de medicamentos classificados como antineoplásicos. Considerando ainda o fato de que apenas a incorporação do medicamento oncológico pela CONITEC não se mostra suficiente para evitar judicialização desses medicamentos, fica demonstrada, alinhada com outros estudos, a desarticulação entre a política de fornecimento de medicamentos e o tratamento de neoplasias.

Além disso, pesquisas demonstraram gastos significativos pelo Estado de Pernambuco com a judicialização de medicamentos antineoplásicos demandados por OSS. No presente estudo, observou-se que ações judiciais de pacientes assistidos por OSS têm menos chances de realizarem pedidos administrativos, o que pode apontar uma falta de adesão às normativas da saúde pública por essas instituições, seja por falhas na gestão do trabalho desses locais, como por um descompasso entre o cuidado ofertado a esses pacientes e as políticas públicas do SUS.

Foi observado que pacientes residentes no Recife e RMR têm mais chances de realizar um requerimento administrativo para solicitações de medicamentos, o que pode ser explicado pela facilidade de acesso à sede da SES/PE em Recife. No entanto, sugere-se avaliação desse fato pela gestão, visto uma possível necessidade de ofertar melhores condições de acesso à informação aos pacientes do interior.

Quanto ao perfil das ações judiciais na segunda instância, aparentemente há um viés de assunto quando se trata de recurso judicial, o que precisa ser melhor investigado, mas que pode justificar uma maior chance de deferimento quando o processo é julgado pelo TJPE, bem como a maior demanda observada por medicamentos não incorporados ao SUS nesse Tribunal. Com relação aos magistrados, houve indicativos de um perfil de juízes com baixo acesso a informações das políticas públicas de saúde.

Ressalta -se que não houve nenhum achado de impacto quanto ao prescritor na regressão em análise conjunta com a estatística descritiva, no entanto sugere-se análise quanto à especialidade profissional e/ou médica, para identificar possíveis padrões. Também não foi identificada influência do status da incorporação dos medicamentos no deferimento das ações ou na presença dos requerimentos, o que neste trabalho afasta a tese da influência da indústria farmacêutica e de equipamentos de saúde.

Desse modo, os resultados desse estudo, para além de fornecer um panorama da judicialização da saúde em Pernambuco, colaboram para elucidar nuances que permeiam o fenômeno no Estado. Torna-se fundamental analisar os impactos desses fatores relacionados com a judicialização nas políticas públicas de saúde executadas em Pernambuco. Por fim, aponta-se que a judicialização da saúde no Estado de Pernambuco decorre de problemas relacionados à gestão dos serviços públicos, notadamente falta de leitos em UTI, e ainda uma política de tratamento oncológico insuficiente.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Gisele Chaves Sampaio. Reflexões sobre a judicialização da saúde no Brasil à luz dos fundamentos constitucionais dos direitos sociais e da análise prospectiva proposta pela teoria dos jogos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, [S.l.], n. 12, p. 119-154, jul. 2016. Disponível em: <<http://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/210>>. Acesso em: 04 jan. 2020.
- BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 158–171, 2018.
- BARRETO, Antonio Ângelo Menezes; GUEDES, Diego Medeiros; ROCHA FILHO, José Arimatea. A judicialização da saúde no Estado de Pernambuco: os antineoplásicos novamente no topo? **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 1, p. 202-222, 2019.
- BARROS, Erika Salviano. **Avaliação do perfil socioeconômico dos impetrantes das demandas judiciais na saúde do Estado de Pernambuco**. 2020. 51 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.
- BARROS, Livia 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.
- BENJAMIN, Georges C. Ensuring health equity during the COVID-19 pandemic: The role of public health infrastructure. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 44, p. 1–4, 2020.
- 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.
- BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; GAURI, Varun; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; RONDON, Gabriela; AMON, Joseph J. Judicialization 2.0: Understanding right-to-health litigation in real time. **Global Public Health**, v. 14, n. 2, p. 190–199, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1474483>>. Acesso em: 31 dez. 2021.
- BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n.1, p. 102-121, 2016.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 21 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 118, 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, 2016. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BORGES, Danielle da Costa Leite. Individual Health Care Litigation in Brazil through a Different Lens: Strengthening Health Technology Assessment and New Models of Health Care Governance. **Health and Human Rights**, v. 20, p. 147-162, 2018.

CAETANO, R.; RODRIGUES, P. H. A.; CORREA, M. C. V.; VILLARDI, P.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. O caso do eculizumabe: judicialização e compras pelo Ministério da Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 22, 2020.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques; GONÇALVES, Luiz Alberto Oliveira; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 165–176, 2018.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Characteristics of the judicialization of access to medicines in Brazil: A systematic review. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1335–1356, 2016.

CHAGAS, Virginia Oliveira; PROVIN, Mércia Pandolfo; MOTA, Pedro Augusto Prado; *et al.* Institutional strategies as a mechanism to rationalize the negative effects of the judicialization of access to medicine in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1–14, 2020.

CHRISPIM, P. P.; KATO, M. Y.; BUGONI, N. P.; SILVA, G. M.; PITTIONI, R. B.; WEBER, B. Construindo um observatório nacional da judicialização da política pública de saúde a partir dos municípios brasileiros: desenho de estudo. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1, p. 281-309, 2018.

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Conitec em números**. 2022. Disponível em: <<https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting/ed1f017c-58e0-4177-aeb2-61f59d50b183/page/PzCbB>>. Acesso em: 05 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. III Jornada de Direito da Saúde. **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. São Paulo-SP, São Paulo, mar 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp->

content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf> .  
Acesso em: 07 maio 2022. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e sociedade:** ações para acesso à saúde pública de qualidade/ Conselho Nacional de Pesquisa/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília, 2021.

CRUZ, Luiz Antonio Ribeiro da. Saúde, direito e tópicos no Supremo Tribunal Federal. **Revista da AGU**, v. 14, n. 2, p. 179-202, 2015. Disponível em:  
<https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/issue/view/49>.

CZORNEI, T.; ROTTA, I.; CARLOTTO, J. Judicialization of health at the level of Brazilian treatment centers: is the allocation of public resources efficient?. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 786, 2022. DOI: 10.30968/rbfhss.2022.132.0786. Disponível em:  
<https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/786>. Acesso em: 8 aug. 2022.

DOTTA, Alexandre Godoy; MARQUES, Camila Salgueiro da Purificação. Programas sociais, a exclusão social e a vedação ao retrocesso: direitos sociais no Brasil em crise. **Revista do Direito**, v. 3, n. 53, p. 2, 2017. Disponível em:  
<<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/9624>>. Acesso em: 18 jun. 2021.  
doi:<http://dx.doi.org/10.17058/rdunisc.v3i53.9624>.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595–613, 2020.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, v. 15, n. 3, set./dez. 2019, e1934. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201934>.

FERREIRA, Raissa Alves. **O ato injusto da justiça: percepção dos profissionais da saúde sobre a judicialização da saúde e seus efeitos no processo gerencial de regulação assistencial em saúde**. 2021. 37 p. TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Centro Acadêmico da Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2021.

FLORES, Lise Vogt. ‘Na minha mão não morre’: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos. In: EILBAUM, Lucía; SCHUCH, Patrice; CHAGAS, Gisele Fonseca (org.). **Antropologia e direitos humanos 7**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2017. p 115-148.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. A judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. 1–17, 2020.

GEBRAN NETO, João Pedro. Como usar a saúde baseada em evidências. In: SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro (org.). **Direito à Saúde**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 181-229. 2019b.

GEBRAN NETO, João Pedro. Molduras jurídicas e fáticas do direito constitucional da saúde.

In: SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro (org.). **Direito à Saúde**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 99-130. 2019a.

GIL, Antonio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Vanessa Santana; AMADOR, Tânia Alves. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 451–462, 2015. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000300451](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300451). Acesso em: 05 jun. 2021.

GRAY, D. E. **Pesquisa no Mundo Real**, 2ª ed, Porto Alegre: Editora Penso, 2012.

HAIR, J. F.; BLACK, William C.; BABIN, Barry J.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas causas e propostas de solução**. Justiça Pesquisa: Relatório Analítico Propositivo. Brasília, 2019a.

INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Justiça Pesquisa: Sumário Executivo. Brasília, 2019b.

LOPES, Luciana De Melo Nunes; ACURCIO, Francisco De Assis; DINIZ, Semíramis Domingues; *et al.* (Un)Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2019.

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**, v. 46, n. 4, p. 1017–1036, 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9 ed, São Paulo, SP: Atlas, 2021.

MARIANO, Cynara Monteiro; FURTADO, Emanuel Teófilo; ALBUQUERQUE, Felipe Braga; PEREIRA Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva. Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 169-188, 2018. DOI: 10.5380/rinc.v5i1.56027.

MARQUES, Aline; ROCHA, Carlos; ASENSI, Felipe; MONNERAT, Diego Machado. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados [online]**, v. 33, n. 95, p. 217-234, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3395.0014>.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.(org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília: MS/ DESID, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 247-258.

MATTA, Gustavo Correa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único De Saúde. *In*: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**, Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 247–255

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1089–1098, 2013.

MENDES, Leonardo Ferreira. Da atuação da Defensoria Pública na judicialização da saúde: da necessidade de macrocontrole através da revisão judicial do gasto financeiro do ente político. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, p. 338-364, 2021.

MORAES, Vânia Maria Silva de. **Análise dos Gastos com Ações Judiciais na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco no Ano de 2014**. 2016. 53 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

NÓBREGA, Theresa; BARROS, Livia Dias. A Judicialização do Direito a Saúde: a necessidade de parametrização a partir dos modelos de Brasil e Argentina: The Judicialization of the Right to Health: the need for parameterization based on the models of Brazil and Argentina. **Revista Brasileira de Pesquisas Jurídicas**, Avarré: Eduvale, v. 1, n. 3, p. 7-27, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.51284/rbpj.01.tnldb>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 192–199, 2016.

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, Flavio José Cintra de. Judicialização do Acesso aos Serviços de Saúde: análise de caso da Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. v. 7, n. 2, p. 191-204, abr./jun 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i2.489>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes; DELDUQUE, Maria Célia; SOUSA, Maria Fátima de Sousa; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>>. Acesso em: 09 jan. 2021.

OLIVEIRA, Vanessa Elias. Caminhos da judicialização do direito à saúde. *In*: OLIVEIRA, V. E. (Org.). **Judicialização de políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 177-199.

OLIVEIRA, Yonara Monique da Costa; BRAGA, Bárbara Suellen Fonseca; PEREIRA, Sylvia Patrícia Dantas; *et al.* Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas? **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 130, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciência e Saúde**

**Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIXÃO, André Luís Soares da. Reflections on the judicialization of the right to health and its implications in the SUS. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2167–2172, 2019.

PAULI, Liane Teresinha Schuh. Judicialização da política pública de saúde: interação entre o sistema político e o sistema jurídico na Região Sul do Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1, p. 310–317, 2018.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência e Saude Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.(org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília: MS/ DESID, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 101-138.

ROA, Alejandra Carrillo; CANTÓN, Gerardo Alfaro; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.(org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília: MS/ DESID, OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 37-73.

ROCHA, Ailton Schramm de. **O acesso a medicamentos por intermédio de decisões judiciais**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. **ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil?**, Brasília, DF: IPEA, 2019, 40 p.

SANTANA, Valdilene Josefa de; NUNES, José Ronaldo Vasconcelos. Compreensão dos membros do Ministério Público do interior de Pernambuco sobre as políticas públicas de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 1, p. 244–262, 2019.

SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. Public Defender’s Office agency and the right to health: Judicialization as an instrument of access to health. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 194–211, 2018.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. The right to healthcare and fiscal austerity: The Brazilian case from an international perspective. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SCHULZE, Clenio Jair. Direito à saúde e Poder Judiciário. *In*: SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro (org.). **Direito à Saúde**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p.25-64. 2019a.

SCHULZE, Clenio Jair. Novas perspectivas sobre a judicialização da saúde. *In*: SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro (org.). **Direito à Saúde**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p.65-98. 2019b.

SHIMIZU, Lizandra Carol Barbosa; VERONEZI, Rafaela Julia Batista. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão. **Rev. Gestão & Saúde (Brasília)**, v. 11, p. 132–145, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.26512/g.s.v11i2.31417>>. Acesso em: 04 jun. 2022.

SILVA, Camila Rachel Lira. **Medicalização da saúde e estetização da vida: cultura fitness e Política de Saúde no Brasil**. 2021. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J.; BIEHL, Jqão. 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. 221–235, 2020.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes; *et al.* The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>

SPINA, G. M.; MAGAJEWSKI, F. L. Requerimento administrativo prévio e judicialização da saúde pública: uma análise do requisito e de suas exceções. **Revista de Direito Sanitário, [S. l.]**, v. 21, p. e0016, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.164513.

STAMFORD, Artur; CAVALCANTI, Maísa. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 791–799, 2012.

STIVAL, S. L. M; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. V. 5, n. 2, p.142-159., 2016. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i2.285>

TARDIEUX, Felipe Maia. **Análise das ações judiciais em saúde no estado de Pernambuco: uma abordagem temporal e de correspondência em relação a CID-10**. 2021. 45 p. TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Centro Acadêmico da Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2021.

VIDAL, Thaís Jeronimo; MORAES, Elaine Lazzaroni; RETTO, Maely Peçanha Favero; *et al.* The lawsuits to antineoplastic drugs: The tip of an iceberg. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2539–2548, 2017.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 365–369, 2008.

VIEIRA, F. S. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1–28, 2016. Acesso em: 02 Abr 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860%0AO>>.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020a. (Texto para discussão, n. 2547).

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Rev Saude Publica**, v. 54, n, 127, 2020b.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S.; SÁ, E. B.; LUIZ, V. R.; PEREIRA, B. L. S. **NT 36 - Núcleos de Economia da Saúde: estrutura e percepção dos seus gerentes sobre o uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde (Nota Técnica Ipea nº 36)**. Brasília - DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 2017.

WANG, Chen; HORBY, Peter W.; HAYDEN, Frederick G.; et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 470–473, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

## APÊNDICE A - DETALHAMENTO DAS VARIÁVEIS EXPLICATIVAS E SUAS CATEGORIAS

Bloco	Variável	Descrição e critérios de categorização	Nº categorias	Categorias
I. Dados demográficos	Gênero	Gênero do paciente	2	1. Homem; 0. Mulher
	Faixa etária	Idade do paciente, por faixas etárias	3	1. <18 anos; 2. 18-60; 3. >60
II. Dados territoriais	Município	Município, agrupado por recorte político-espacial	5	1. Recife (capital); 2. RMR (exceto capital); 3. Interior; 4. Fora do Estado de PE; 5. Não informado.
	Comarca	Unidades jurisdicionais agrupadas por tipo, e por recorte político-espacial	7	1. Recife (capital); 2. RMR (exceto capital); 3. Justiça Federal; 4. JEFPC; 5. Interior; 6. TJPE; 7. Não informado.
	Serviço de saúde	Unidade de saúde por tipo de financiamento	5	1. Filantrópico; 2. Não informado; 3. OSS; 4. Privado; 5. Público.
III. Profissionais envolvidos	Prescritor	Prescritor categorizado por frequência	13	1. Não informado; 2 a 11: primeiros dez médicos com freq>=60; 12. outros; 13. Ilegível.
	Representante jurídico	Representante jurídico agrupado por tipo	5	1. Defensor público estadual; 2. Defensoria Pública da União; 3. Ministério Público Estadual; 4. Não informado; 5. Privado.
	Juiz de direito	Magistrado categorizado por frequência	12	1 a 10: primeiros dez magistrados; 11. Não informado; 12. outros.
IV. Dados de saúde	Grupo CID-10	Capítulo do CID-10	12	1. C00-D48; 2. E00-E90; 3. G00-G99; 4. N00-N99; 5. I00-I99; 6. M00-M99; 7. F00-F99; 8. K00-K93; 9. J00-J99; 10. H00-H59; 11. Não informado; 12. Outros.
	Produto de saúde	Produto ou serviço de saúde demandado, agrupado por categorias	15	1. Alimento; 2. Atenção à saúde mental; 3. Cirurgia; 4. Equipamento; 5. Homecare; 6. Insumo; 7. Leito hospitalar; 8. Medicamento; 9. Outros/ Não especificado; 10. OPME; 11. Transporte; 12. Proc. Diagnóstico; 13. Procedimento - Equipe multidisciplinar; 14. Procedimento - Médico; 15. Procedimento - Outros profissionais de saúde
V. Aspectos do medicamento*	Status de incorporação	Status de incorporação ao SUS no momento do pedido judicial	5	1. Básico/ Estratégico; 2. Especializado/ NTE; 3. Não incorporado; 4. Oncológico; 5. Outros.
	Grupo ATC	Classificação Anatômica-Terapêutico-Química, categorizado por frequência	13	1. L01; 2. L02; 3. L04; 4. H01; 5. A10; 6. H05; 7. N05; 8. N03; 9. B01; 10. R03; 11. N06; 12. S01; 13. Outros.

\*Bloco adicionado em análise de regressão que considera apenas o produto de saúde “medicamento”.