



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA:  
UM ESTUDO DE DEMANDA NO ESTADO DO PARANÁ**

**DANIELE RAMOS DE LIMA**

**2018**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA:  
UM ESTUDO DE DEMANDA NO ESTADO DO PARANÁ**

**DANIELE RAMOS DE LIMA**

**Mestranda**

**JURACI A. CESAR**

**Orientador**

**DAYANNA H. C. MENDES**

**Coorientadora**

**RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2018.**

**DANIELE RAMOS DE LIMA**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA:  
UM ESTUDO DE DEMANDA NO ESTADO DO PARANÁ**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande.**

**Orientador: Prof. Dr. Juraci A. César**

**RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2018.**

**DANIELE RAMOS DE LIMA**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA:  
UM ESTUDO DE DEMANDA NO ESTADO DO PARANÁ**

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Juraci A. Cesar  
Orientador

Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa  
Examinador externo – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof. Dr. Raul Andrés Mendoza-Sassi  
Examinador Interno

Prof. Dr. Rodrigo D. Meucci  
Examinador Suplente

**RIO GRANDE, RS, JUNHO DE 2018.**

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
ONG	Organização não governamental
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJPR	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## Judicialização da saúde pública: um estudo de demanda no estado do Paraná

### Resumo

**Objetivo:** descrever e analisar registros do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) quanto às características das ações relacionadas ao SUS e conhecer os resultados dessas ações para os anos de 2014, 2015 e 2016.

**Base de dados:** trata-se da análise de acórdãos recuperados em pesquisa detalhada de jurisprudência do TJPR com data de julgamento entre 01/2014 a 12/2016.

**Delineamento:** estudo transversal descritivo, com base em dados secundários.

**Desfecho:** conhecer a judicialização da saúde no estado no Paraná, quanto a tipos de ações, serviços e insumos demandados; doenças e problemas relacionados à saúde conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10); padronização da demanda de medicamentos para a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e resultado final dos acórdãos e custos ao Estado decorrentes dessas demandas.

**Amostra:** foram analisados todos os acórdãos recuperados através de endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná nos anos de 2014, 2015 e 2016, utilizando as palavras chave “SUS” e “direito à saúde”.

**Análise proposta:** análise descritiva para caracterizar e comparar as características da Judicialização da saúde ao longo deste período.

**Resultados:** Dentre os 5.240 acórdãos encontrados no período, 1.710 ocorreram em 2014, 2.046 em 2015 e 1.493 em 2016. A maioria dos pacientes era constituída por mulheres, sem condições para custear o tratamento e com necessidade urgente. As demandas foram geradas em ações individuais pelo Ministério Público e contra a Secretaria do Estado da Saúde, via de regra, em busca de medicamentos não constantes na RENAME, mas, também, exames, tratamentos especializados e suplementos alimentares. Na quase totalidade, o resultado da ação foi favorável ao usuário. Também foram solicitados e outros itens em saúde.

**Conclusões:** A situação encontrada neste estudo reflete e o que vem acontecendo em todo o país. O setor de saúde precisa se reorganizar, atualizar protocolos, bem como a lista da RENAME a fim de garantir o direito constitucional à saúde do cidadão e evitar o iminente colapso do SUS em decorrência do elevado custo desta judicialização.

**Descritores:** Judicialização da saúde, direito à saúde, decisões judiciais.

## Judicialization of public health: a study on claims in the state of Paraná

### Abstract

**Objective:** To describe and analyze records of the Court of Justice of the State of Paraná (TJPR) regarding the characteristics of SUS-related lawsuits and identify the results of these lawsuits for the years 2014, 2015 and 2016.

**Database:** This is the analysis of rulings retrieved from a detailed study of TJPR jurisprudence with trial dates between January 1, 2014 and December 31, 2016.

**Design:** This is a descriptive cross-sectional study based on secondary data.

**Outcome:** To identify the Judicialization of health in the state of Paraná, regarding lawsuit types, health services and inputs claimed; diseases and health-related problems according to the International Classification of Diseases (ICD-10); standardization of drug claims to the National Essential Drugs List (RENAME); the final result of rulings and costs to the State resulting from these claims.

**Sample:** All rulings retrieved through the electronic address of the Court of Justice of the State of Paraná for the years 2014, 2015 and 2016, using Portuguese keywords “SUS” and “*direito à saúde*” will be analyzed.

**Proposed analysis:** A descriptive analysis to describe and compare the characteristics of health Judicialization throughout this period.

**Results:** Of the 5,240 rulings found for the period, 1,710 occurred in 2014, 2,046 in 2015 and 1,493 in 2016. Most of the patients were women, without financial conditions to cater for their treatments, which they urgently needed. Claims were generated in large urban centers, with legal representation by the Public Prosecutor’s Office in individual lawsuits against the State Health Secretariat, and plaintiffs performed their treatments in the SUS and were mainly seeking the supply of medicines not included in the National Essential Drugs List (RENAME). Tests, specialized treatments, food supplements and other health items were also requested.

**Conclusions:** The situation found in this study reflects what is currently occurring nationwide. The health sector must be reorganized and update protocols and RENAME’s list to guarantee citizens’ constitutional right to health and avoid the imminent collapse of the SUS due to the high cost of this judicialization.

**Keywords:** Judicialization of Health, Right to Health, Judicial Decisions.

## CONTEÚDO DO VOLUME

<b>1</b>	<b>Projeto</b>	<b>11</b>
<b>10</b>	<b>Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva</b>	<b>46</b>
<b>10.1</b>	<b>Artigo</b>	<b>57</b>
<b>10.2</b>	<b>Nota à imprensa</b>	<b>79</b>
<b>11</b>	<b>Anexos</b>	<b>81</b>
<b>12</b>	<b>Apêndices</b>	<b>84</b>

## SUMÁRIO

1	Introdução	11
1.1	Direito à saúde na Constituição Federal de 1988	12
1.2	Direitos sociais	13
1.3	Audiência Pública do Supremo Tribunal Federal	14
1.4	Revisão bibliográfica	16
1.4.1	Processo de busca e seleção de artigos	16
1.4.2	Demandas por medicamentos	18
1.4.3	Demandas de ações, serviços e insumos	23
1.4.4	Doenças raras	25
1.4.5	Gastos	26
2	Justificativa	28
3	Objetivos	29
3.1	Objetivo geral	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	Hipóteses	30
5	Metodologia	30
5.1	Delineamento do estudo	30
5.2	Local do estudo	30
5.2.1	Estado do Paraná	30
5.2.2	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná	33
5.3	Critérios de inclusão	33
5.4	Critérios de exclusão	34
5.5	Instrumento de pesquisa	34
5.6	Desfecho e variáveis	34
5.7	Questões éticas	35
5.8	Seleção e treinamento de auxiliares	35
5.9	Logística	35
5.10	Estudo piloto	35
5.11	Coleta de dados	36
5.12	Controle de qualidade	36
5.13	Processamento e análise de dados	36

5.14	Limitações do estudo	36
6.	Divulgação de resultados	37
7.	Orçamento	37
8.	Cronograma	37
9	Referências bibliográficas	38
10	Normas da revista	46
10.1	Artigo	57
10.2	Nota à imprensa	79
11	Anexos	81
11.1	Anexo 1	82
12	Apêndices	84
12.1	Apêndice 1: Quadro com artigos selecionados	85
12.2	Apêndice 2: Questionário	92

## 1. Introdução

Por Judicialização da saúde entende-se a interferência do poder judiciário em questões de competência dos poderes executivos e legislativos, situação que fere a separação dos três poderes da União, estabelecidos pela Constituição Federal para o correto funcionamento do país (Chieffi AL, Barata RB, 2009). Esse fenômeno não se limita a questões jurídicas e de serviços públicos, mas está intrinsicamente ligado a questões sociais e culturais, além de expor requisições legítimas da população, as quais são garantidas por normas locais e internacionais (Ventura M et al. 2010).

De forma clássica apresentada pela doutrina, define-se judicialização como o envolvimento do Poder Judiciário na esfera política (Borges DCL, Ugá MAD 2010). Também pode ser apresentada como uma questão de reclame de bens e serviços de saúde em cortes (Diniz D et al. 2014). De forma simplificada, trata-se da obrigação de fornecer bens e serviços de saúde através de decisões judiciais (Wang DWL et al. 2014).

No Brasil, este fenômeno teve início nos anos 1990, quando pacientes vivendo com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram em busca de tratamento junto ao SUS utilizando-se do direito constitucional à saúde, usando recursos judiciais para obtenção de direitos individuais à saúde, ocasião em que a atuação de Organizações Não Governamentais (ONG) em apoio aos pacientes foi de fundamental importância para o sucesso obtido (Carvalho RK, 2007).

Com base na literatura consultada, há dois embasamentos principais para a procura do sistema judiciário em questões de saúde: 1) recusa no fornecimento de ações e serviços de saúde regulamentados pelo SUS e que deveriam estar disponíveis a população e 2) busca por novos tratamentos e medicamentos, os quais não estão incluídos em listas oficiais do SUS. Conhecer quais são as demandas encontradas em cada local se faz necessário para que o gestor defina ações e protocolos para evitar essa situação, isto porque os gastos em atendimento a demandas judiciais representam parcelas consideráveis dos orçamentos em saúde de municípios e estados (Chieffi AL, Barata RB, 2009; Machado MAA et al., 2011; Campos Neto OH et al., 2012; Boing A et al., 2013; Diniz D et al., 2012; Sartori Junior D et al., 2011).

Ao lado de outros grandes problemas de saúde pública, a judicialização da saúde mostra-se como um grande desafio a ser superado pelos gestores do SUS, já que

fere gravemente o princípio de equidade, visto utilizar maior aporte de recursos em saúde entre àqueles que têm acesso a serviços judiciais e não a quem mais precisa de cuidados no que diz respeito à condição clínica (Victora CG et al., 2011).

### **1.1 Direito a saúde na Constituição Federal de 1988**

Para que se possa compreender, um dos argumentos mais utilizados em ações judiciais para requerer cuidados em saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), dita o que se segue no que tange aos direitos sociais:

***Artigo 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Emenda Constitucional nº 26/2000 e Emenda Constitucional nº 64/2010).***

Além de apresentar neste artigo quais são os direitos sociais do ordenamento jurídico brasileiro, a constituição também trouxe seu conteúdo e forma de prestação de serviços em saúde à população nos artigos 196 a 200. O artigo 196 contém o seguinte texto:

***Artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.***

Ao discutir sobre este assunto, Mendes GF & Branco PGG (2015) examinaram cada uma das afirmativas trazidas neste artigo. Para eles “não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. O que há é um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde. Em relação “ao dever do Estado”, afirmam que há uma atribuição por parte de todas as esferas de governo em fazer cumprir o disposto nos artigos que tratam dessa matéria.

Em virtude de a saúde ser um direito social, houve necessidade de estabelecer normas e políticas públicas que efetivassem esse direito. Assim, em 19 de setembro de 1990 foi criada a Lei nº 8080, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de estabelecer a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, este documento apresenta a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o seu funcionamento (BRASIL, 1990).

Um dos princípios do SUS apresentado nessa lei é a descentralização político-administrativa do sistema, e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A rede de serviços é estruturada de forma a atender as diferenças regionais bem como leva em conta recursos necessários e os seus diferentes níveis de complexidade.

## **1.2 Direitos sociais**

O direito à saúde é um direito social e deve ser cumprido pelo Estado. Trata-se de um direito fundamental que faz parte do rol de direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988. É isto que embasa os pedidos administrativos e judiciais de bens em saúde.

Esses direitos sociais são apresentados como direitos de prestação em sentido amplo, uma categoria pertencente aos direitos fundamentais, por dependerem de formulações de políticas públicas e recursos para sua efetividade. Também dependem de providências estatais para padronização e estabelecimento de processos de trabalhos locais para sua efetivação (Mendes GF, Branco PGG, 2015).

Também chamados de Direitos fundamentais sociais ou direitos à prestação em sentido estrito, esses direitos apresentam-se como aqueles que poderiam ser obtidos se o indivíduo dispusesse de recursos financeiros suficientes, mas que são dever do Estado (Alexy R, 2011). Estes direitos buscam a igualdade social por meio da melhoria das condições de vida à população, em especial aos menos favorecidos (Mascarenhas P, 2010).

A Constituição de 1988 recebeu e elevou os direitos sociais à condição de direitos fundamentais, sem distinção correta entre eles, porém, como a garantia de direitos sociais demandaria gastos elevados caso fossem tratados de forma individual,

fez-se necessário para seu atendimento a observação dos critérios de reserva da possível e escassez de recursos. Assim, a formulação de políticas públicas tende a adotar critérios de justiça distributiva, onde fatores como o número de pessoas cobertas, a eficácia e a efetividade de tal serviço, bem como de possíveis resultados alcançados, devem ser avaliados em casos concretos (Barroso LR, 2010).

Por necessitarem dessas políticas públicas para se tornarem exigíveis, as normas de direitos sociais são consideradas por parte da doutrina como apenas pragmáticas, fornecendo apenas um direito subjetivo ao indivíduo, impedindo assim a atuação do poder judiciário em casos de insatisfação. Neste mesmo sentido, o poder judiciário argumenta que a violação dos direitos sociais do indivíduo levaria ao desrespeito à dignidade da pessoa humana, direito reconhecido como fundamental pela Constituição (Mendes GF, Branco PGG, 2015)

### **1.3 Audiência pública do Supremo Tribunal Federal**

Para discutir e analisar o fenômeno da judicialização da saúde, foi convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) uma audiência pública, a qual é considerada um grande marco na discussão de assuntos relacionados ao SUS entre sistema jurídico e político (Santos AO et al., 2015). Participaram das discussões gestores do setor saúde, representantes da assistência privada e da indústria, bem como usuários representantes de associações de profissionais e de instituições de ensino e pesquisa (Gomes DF et al., 2014).

As discussões desta audiência resultaram em atos normativos concentrando-se em dois campos principais: 1) financiamento e 2) uso de evidências científicas. Foi publicada a Lei nº 12401 de 2011 (Brasil, 2011), a qual dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde; Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), a qual estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde; Recomendação nº 31 (Brasil, 2010) e Resolução nº 107 (Brasil, 2010), emitidas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aos tribunais, as quais recomendam a adoção de algumas medidas para assegurar maior eficiência em demandas judiciais que envolvem o SUS (Gomes DF et al., 2014); atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e incentivo de maior uso de evidências científicas em decisões judiciais.

Ao considerar a relevância do assunto e a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados, o CNJ fez recomendações aos tribunais através da Recomendação nº 31, dentre as quais: celebração de convênios de apoio técnico com profissionais de saúde, orientação aos magistrados para que ações contenham o máximo de informações clínicas possíveis e evitem fornecimento de medicamentos não autorizados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e ouvir gestores de saúde antes das decisões. Recomendou também a incorporação do direito sanitário nos cursos de capacitação de magistrados (Brasil, 2010).

Durante esta audiência foram levantados diversos pontos relativos à Judicialização da saúde, os quais por meio do método descritivo-analítico de análise dos discursos, foram sistematizados e apresentados no Anexo 1 deste projeto de pesquisa (Gomes DF et al., 2014). Apesar de inúmeras posições apresentadas favoráveis ou contrárias, houve ganho para a sociedade visto ter sido garantida a solicitação de necessidades em saúde através da via judicial (Machado FRS, Dain S, 2012).

Em 06 de setembro de 2016, o CNJ emitiu a Resolução nº 238, a qual dispõe sobre a criação e manutenção de Comitês Estaduais de Saúde, os quais devem ser compostos por magistrados, gestores da área da saúde, participantes do sistema de saúde (ANVISA, ANS, CONITEC), e de Justiça (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública, Advogados Públicos e um Advogado representante da Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil do respectivo Estado), um integrante do Conselho Estadual de Saúde representando os usuários do SUS, e um representante dos usuários do sistema suplementar de saúde, este indicado pela Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor por intermédio dos PROCONS (Programa de Proteção e Defesa do Consumidor) de cada estado (Brasil, 2016).

A audiência pública evidenciou a necessidade de se discutir a Judicialização da saúde por operadores do direito e por profissionais envolvidos em serviços de saúde, que incluem aqueles com conhecimento técnico (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, odontólogos, entre outros) bem como administrados e gestores públicos.

## 1.4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1.4.1 Processo de busca e seleção de artigos

No mês de agosto de 2017, foi realizada busca de publicações sobre ações relacionados ao Sistema Único de Saúde e a Judicialização da saúde. O objetivo desta pesquisa foi conhecer os resultados das ações formalizadas contra o poder público e identificar demandas de ações, serviços e insumos mais prevalentes. Para tanto, foram realizadas buscas em três bases de dados: Scielo, Lilacs e PubMed. Foram incluídos artigos que apresentavam levantamento de dados de tribunais e secretarias de saúde, ambos municipais, estaduais ou federais, escritos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos relacionados à saúde suplementar e aqueles relativos a questões teóricas da Judicialização da saúde, ou seja, sem estudo de decisões judiciais.

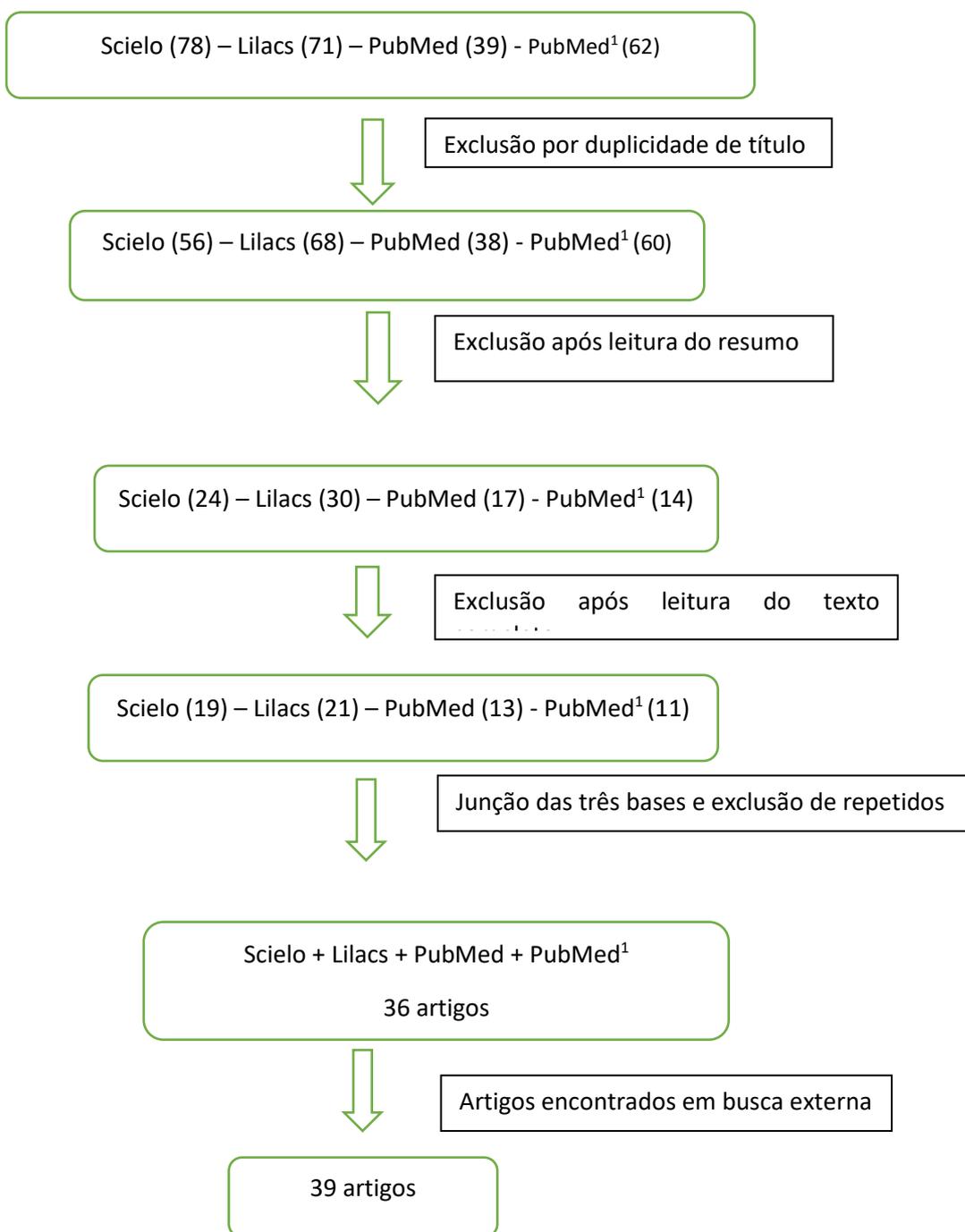
A tabela da página seguinte apresenta critérios de busca e exclusão para seleção final de artigos.

**Tabela 1:** Bases de dados e descritores utilizados para busca de artigos, e quantidade de itens recuperados.

Base de dados	Descritores	Nº de itens recuperados
Scielo	"Judicialização" AND "saúde"	78
Lilacs	"judicialization" AND "health"	71
PubMed	"judicialization" AND "health"	39
PubMed <sup>1</sup>	"legislation and jurisprudence" (Subheading) AND "drugs, essential/supply and distribution" (Mesh)	62

Em cada uma das pesquisas foi realizada a exclusão de títulos repetidos, seleção pela leitura dos resumos, seleção pela leitura completa dos arquivos, junção das quatro bases e exclusão de repetidos. Também foram adicionados 5 artigos encontrados pela leitura das referências dos anteriores. Ao final, foram selecionados 40 artigos, conforme fluxograma a seguir.

**Figura 1** - Fluxograma com descrição do processo de seleção de artigos:



A revisão foi organizada de forma a agrupar os estudos nos quais foram avaliadas as mesmas demandas em três grupos: demanda por medicamentos, demanda de ações, serviços e insumos (medicamentos, próteses, equipamentos, suplementos, entre outros) e estudo de doenças raras.

Estudos de demandas por medicamentos foram os mais encontrados. Demandas de ações, serviços e insumos foram identificadas em estudos mais amplos

onde foram avaliadas todas as ações contra os serviços de saúde de determinados locais. O acesso ao tratamento para doenças raras difere das demais demandas pelo seu alto custo, reduzido número de pessoas afetada e por tratar-se de situações na maioria das vezes experimentais, transformando uma questão de saúde em interesses de indústria farmacêutica. Em alguns artigos, foram apresentados os custos dessas solicitações, os quais estão agrupados posteriormente.

#### **1.4.2 Demandas por medicamentos**

Os primeiros mandados judiciais na Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro foram registrados em 1991, e em 2002 já haviam 2733 ações. Para analisar esses dados, foi selecionada uma amostra de 389 ações (14% do universo). Nesta amostra foi verificado que 53,5% (208) das ações foi conduzida pela defensoria pública e 20,3% (79) por advogados particulares (Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, 2005)

Com base em ações contra o estado de São Paulo no período de 1997 a 2004, verificou-se que em 96,4% das ações encontradas (31) houve condenação do estado, 100% das ações foram individuais, 93,5% apresentavam pedido de urgência, através de liminares (Marques SB, Dallari SG, 2007).

No município de São Paulo em 2006, foi realizado estudo para conhecimento das ações judiciais para fornecimento de medicamentos. Foi escolhido o banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Para discutir questões da Judicialização da política farmacêutica e equidade, as autoras apresentaram os custos dessas demandas ao município, quando se verificou que 77% dos medicamentos solicitados não pertenciam a políticas de assistência farmacêutica vigentes e que 47% das prescrições foram provenientes de médicos não ligados ao SUS (Chieffi AL, Barata RB, 2009).

Em Santa Catarina, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde, nos anos 2003 e 2004 foram encontrados 622 processos, com 1163 solicitações de 388 produtos diferentes. 367 pacientes (59%) foram representados por advogados particulares e 218 (35%) pela defensoria pública. Em 347 processos (55,8%) houve prescrição por profissionais particulares, e em 205 (33%) profissionais do serviço público. Em 5,1%

dos casos foram solicitados outros produtos (glicosímetro e fitas, fraldas descartáveis, lancetas, seringas e sondas) (Pereira JR et al., 2010).

Estudo conduzido no estado do Rio de Janeiro também apresentou dados sobre acesso a medicamentos. Primeiramente, abordaram-se questões para o entendimento daquilo que é direito à saúde. Ao analisar duas variáveis da pesquisa completa desenvolvida pelo setor no qual as autoras atuavam, concluiu-se que a condição de hipossuficiência econômica do autor e concessão de antecipação da tutela judicial foram características comumente encontradas em demandas judiciais de medicamentos (Ventura M et al., 2010).

Também no estado do Rio de Janeiro, houve aumento de 350% em demandas judiciais para fornecimento de medicamento entre 2001 e 2005. Além de medicamentos, ações contra o estado do Rio de Janeiro em 2005 pleiteavam outros materiais como, por exemplo, alimentos e materiais para curativos, assim como camas, fraldas e aparelhos para medir glicose, não disponíveis naquele ano no SUS. Verificou-se ainda que em nenhuma das 2245 ações houve indeferimento do pedido, independente de constarem ou não em listas vigentes do SUS. Dos 704 processos com solicitação de medicamentos, foram identificados 304 produtos que constavam em listas oficiais, demonstrando falha do Estado na execução da assistência farmacêutica (Borges DCL, Ugá MAD, 2010).

Já em 2006, foram encontrados 185 processos contra municípios e o estado do Rio de Janeiro no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. O estado apareceu como réu em 40,9% das ações, seguido do município do Rio de Janeiro (30,9%). Estado e município figuraram como réu em 68 ações (36,8%). Em 100% dos casos houve concessão de liminar, reconhecendo a urgência dos pedidos. 98,9% das ações foram individuais, e Defensoria Pública representou 83% dos pacientes demandantes. Os medicamentos mais solicitados foram: furosemida, ácido acetilsalicílico e digoxina (2,9% cada), enalapril (2,6%), propatilnitrato (2%), clonazepam (2%) e captopril (1,6%). 35,8% dos medicamentos estavam presentes na RENAME válida no corrente ano (Pepe VLE et al., 2010).

Em São Paulo, analisando dados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, foram encontrados 81 processos entre 2005 e 2009 em demandas por medicamentos. Houve uma variação de 1 a 7 medicamentos por ação, totalizando 77

fármacos diferentes, onde 66,2% dos medicamentos não constavam em listas do SUS (Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S, 2011).

No estado de Pernambuco, foram encontrados 655 mandados judiciais nos anos de 2009 e 2010. Os resultados encontrados foram: 60,8% dos autores do sexo feminino, 40,5% residiam na capital do estado, liminar ou tutela antecipada foi concedida em 99,1% dos casos. A representação jurídica dividiu-se da seguinte forma: Defensoria Pública representou 238 ações (44,7%), Ministério Público em 90 ações (16,9%) e advogados privados em 205 ações (38,5%). Em relação ao CID, 40,8% dos pacientes apresentavam neoplasias, 19,7% doenças endócrinas, e 11,3 doenças dos olhos e anexos. 203 ações buscavam o fornecimento de medicamentos, 15 buscavam fórmulas nutricionais e 8, insumos terapêuticos (Marçal KKS, 2012).

Em avaliação das demandas judiciais contra o Estado de Minas Gerais no período de julho de 2005 a junho de 2006, verificou-se pequena quantidade de médicos e advogados envolvidos nos processos, o que pode sugerir uma atuação de interesses financeiros nessas questões, onde apesar de apresentarem poucas inovações, medicamentos são indicados à pacientes por determinado médico e a demanda é atendida por determinado advogado. Esses interesses foram evidenciados em casos envolvendo dois medicamentos (adalimumabe e etanercepte), já que os mesmos foram requeridos em 205 solicitações (24,8% dos processos avaliados), e se tratavam à época de medicamentos novos e com poucas inovações terapêuticas, porém, devido ao elevado número de ações judiciais solicitando-os, foram incorporados aos protocolos de atendimentos. 56% dos medicamentos solicitados não constavam em listas do SUS (Machado MAA et al., 2011).

A relação entre médicos, advogados e indústria farmacêutica na Judicialização da saúde também foi encontrada em estudo no estado de Minas Gerais, sendo esse um dos principais fatores relacionados ao aumento da iniquidade no SUS (Campos Neto OH et al., 2012). Com base nos dados coletadas na Secretaria de Saúde deste estado, as aquisições de "adalimumabe", "etanercepte" e "infiximabe" para tratamento de artrite reumatoide foram as mais solicitadas (Machado MAA et al., 2011). Também foi verificada uma possível associação entre os profissionais envolvidos ao se observar um pequeno número de advogados e médicos presentes em grande número de processos.

Em 2005, no município de São Paulo, foram encontradas 170 ações solicitando o fornecimento de medicamentos, 63,5% dos impetrantes eram mulheres. A doença mais referida foi diabetes, seguida por câncer, diabetes associada à hipertensão, osteoporose e hepatite. Em relação aos medicamentos, 62% dos itens estavam na RENAME. Antineoplásicos representaram apenas 7,2% do total de itens solicitados, porém, o valor destinado a compra destes foi de R\$661 mil, representando 75% do montante destinado às compras no período estudado (Vieira FS, Zucchi P, 2012).

Em Santa Catarina observou-se substancial aumento em demandas judiciais pleiteando medicamentos, número que passou de apenas seis ações em 2000 para 1661 em 2006, sendo o "adalimumabe", o "brometo de tiotrópio" e "tiras para glicemia" os produtos mais solicitados (Boing A et al., 2013). O "adalimumabe" também foi o mais solicitado em dois trabalhos do estado de Minas Gerais (Machado MAA et al., 2011; Campos Neto OH et al., 2012).

No estado do Rio de Janeiro foram analisadas 281 ações originárias da capital, onde foram verificadas questões relacionadas a medicamentos. Em 229 ações, os medicamentos não estavam presentes em nenhuma lista do SUS, e em 72 pertenciam ao componente especializado (Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE, 2013).

No estado de Rio Grande do Sul, foram usadas três metodologias diferentes para entender o fenômeno de ações judiciais em saúde. Primeiro, foram verificados os registros da Procuradoria Geral da República, em Porto Alegre, buscando número total de ações e ações específicas por medicamentos. Também foram realizadas entrevistas com 30 pacientes demandantes na Defensoria Pública e revisão de processos da Procuradoria Geral do Estado para identificação de características demográficas e médicas dos pacientes, entre outras. De acordo com o registro oficial do estado, em 2002 foram encontradas 1.126 ações contra o estado; em 2006 foram 6.800 ações; em 2008, 12.262 ações e em 2009, 17.025 ações, resultando em um incremento de 1412% no período de 2002 a 2009. Deste total, 72% em 2009 (12.179 ações) e 70% em 2008 (8.559) tratavam de solicitações de medicamentos (Biehl J et al., 2012).

Ainda no estado do Rio Grande do Sul, foram selecionados para um novo estudo 1262 dentre os 8559 processos identificados em 2008, estudo o qual buscou desmitificar a questão apresentada no jornal "Folha de São Paulo" de que a

judicialização da saúde é dirigida por elites urbanas e interesses privados. O status econômico dos demandantes foi sugerido através de sua representação jurídica, onde mais da metade foi representada pela Defensoria Pública e 91% solicitou defesa jurídica gratuita, demonstrando não se tratar de elites solicitantes, tampouco de interesses privados. Também se verificou que a maioria dos pacientes solicitou medicamentos incluídos em listas do governo (56% dos medicamentos), não sendo assim de alto custo ou fora das listas da assistência farmacêutica (Biehl J, Socal MP, Amon JJ, 2016).

No estado de Minas Gerais, foram avaliadas ações com pedido liminar no período de 1999 a 2009. Foram encontradas 5072 ações, onde 4184 liminares foram deferidas. Nessas ações foram encontrados 6237 diagnósticos divididos em 450 doenças, onde afecções do sistema digestivo e neoplasias apresentaram as maiores taxas de ocorrência (87%) (Coelho TL et al., 2014).

Em pequenos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, verificou-se que 82% dos pedidos de antecipação de tutela foram deferidos, e mais da metade dos medicamentos solicitados, apesar de possuírem registro na ANVISA, não constavam em listas da Assistência Farmacêutica (Santos-Pinto CDB, Osório-de-Castro CGS, 2015).

A questão de consumo de insulinas foi verificada através de dados dos anos de 2010, 2011 e 2012, coletados em bancos do Ministério da Saúde, com ênfase em ações das regiões nordeste e sul. Foram encontrados 19 processos onde buscavam-se insulinas já dispensadas pelo SUS, e 375 casos onde buscavam-se insulinas análogas, não incluídas em listas da assistência farmacêutica (Lima JA et al., 2015). Na Bahia, foram encontradas 140 ações impetradas contra a Secretaria da Saúde do Estado buscando o fornecimento de insulinas análogas, no período de 2010 a 2013, onde 117 pacientes declararam hipossuficiência econômica (Lisboa ES, Souza LEPP, 2017).

No período de 2007 a 2012, em 13 municípios do meio-oeste de Santa Catarina, houve um aumento de quase 10 vezes no valor anual de gastos com demandas judiciais de medicamentos, alcançando um custo de R\$1.484.389,92 no atendimento de apenas 175 pacientes (0,134% da população total) (Zago B et al., 2016).

Para verificar outra questão da judicialização da saúde, foram analisadas 186 ações judiciais contra o município de Antônio Prado, Rio Grande do Sul, entre os anos

de 2004 a 2015, onde o objetivo foi verificar os custos com a aquisição de medicamentos em três cenários: aquisição de medicamentos de referência, genéricos ou menor valor. Em comparação aos medicamentos de referência, haveria economia de 13,44% na aquisição de medicamentos genéricos, e 17,94% na aquisição do medicamento de menor preço (Paim LFN et al., 2017)

#### **1.4.3 Demandas de ações, serviços e insumos**

Utilizando dados de 2009, foram descritos e comparados os bens solicitados em três tribunais de justiça brasileiros: Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Pernambuco. Foram analisados 558 acórdãos, sendo 282 em Minas Gerais, 222 no Rio Grande do Sul, e 54 em Pernambuco (Travassos DV et al., 2013).

No Distrito Federal foram analisadas 385 ações (87% dos casos registrados no período de 2005 a 2010) que alcançaram a 2ª Vara de Fazenda Pública Privativa do Tribunal de Justiça. Diferente do verificado em outros estudos, o acesso à Unidade de Terapia Intensiva foi o mais requisitado, seguido por aquisição de medicamentos e assistência médica (Diniz D et al., 2014).

No município de São Paulo, um dos poucos municípios com estrutura para atender demandas judiciais, a situação descrita apontou os maiores problemas encontrados na judicialização da saúde no país: 45% dos gastos para compra de produtos (equipamentos, insumos e medicamentos) que não constavam em listas do SUS, e 55% com aquisição de medicamentos que deveriam ter sido adquiridos pelo poder público. Apenas 0,01% do total de gastos foi destinado ao cumprimento de solicitações onde havia obrigação do município (Wang DWL et al., 2014).

Entre 1999 a 2009 foram avaliadas questões relacionadas a procedimentos de média e alta complexidade solicitados em hospitais do estado de Minas Gerais através de dados obtidos a partir de cadastros da Secretaria de Estado de Saúde. Este estudo mostrou que 54,1% dos titulares das ações pertenciam ao sexo masculino, 37,2% haviam solicitado procedimentos cirúrgicos e internação em UTI. 93,6% das demandas solicitadas através dessas ações eram contempladas em protocolos do SUS, porém não foram atendidas (Gomes FFC et al., 2014).

A questão de utilização de vacinas foi avaliada em pesquisa de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2000 e 2012, onde

buscou-se encontrar mandados de segurança que versavam sobre a utilização desse insumo de forma coletiva, visando a medicina preventiva. Foram encontrados 110 resultados, onde apenas 29 foram utilizados na pesquisa, porém, todos tratavam de demandas individuais e não coletivas (Asensi FD et al., 2015).

No Distrito Federal, foram encontradas 375 ações relacionadas a saúde pública no ano de 2010. Em 94,1% das ações (353) houve representação pela Defensoria Pública, e 5,9% (22) por advogado particular. A tutela antecipada foi concedida em 97,3% dos casos (365). Solicitação de leito em UTI foi a demanda mais recorrente (34,7% - 130 ações), seguida por medicamentos (18,4% - 69 ações), procedimentos cirúrgicos (13,8% - 52 ações) e pedidos de materiais médico hospitalares e equipamentos (4,3% - 16 ações) (Nascimento CB, 2015).

Ao analisar decisões do Tribunal de Justiça do estado de Minas Gerais publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, os quais buscavam o fornecimento de suplementos alimentares foram encontradas 186 ações, onde todos os impetrantes declararam não possuir recursos financeiros para obtenção dos itens pleiteados (Dias PRP, 2015).

No estado do Ceará, foram coletados dados do judiciário, nos quais figuravam como réu os municípios, estado e união, entre os anos de 1998 a 2012. Foram recuperados 965 processos ao final da seleção. Foi verificado que apenas um advogado foi responsável por 25% das ações. Solicitação de medicamentos foi encontrada em 74% dos pedidos. 76% das solicitações foram feitas por médicos da rede pública. Quatro doenças representaram 31% dos diagnósticos: linfoma, doença pulmonar obstrutiva crônica, mieloma e diabetes. Os medicamentos mais solicitados foram Mabthera (rituximabe), Spiriva Respimat (brometo de tiotrópio) e Lantus (insulina glargina). Houve uma ampliação no processo de judicialização de saúde neste estado (Nunes CFO, Ramos Júnior AN, 2016).

Entre os anos de 2010 e 2014 no estado de São Paulo, houve um incremento de 63% no número de ações solicitando serviços de saúde (medicamentos, suprimentos médicos e hospitalares, produtos nutricionais e procedimentos), conforme registros da Secretaria Estadual de Saúde. No período, foram encontradas 56.345 ações totalizando 148.236 itens, sendo 62% solicitando medicamentos e 38% solicitando outros materiais. Em 64,2% das ações, pacientes foram representados por

advogados particulares e 22,9% por defensores públicos (Chieffi AL, Barradas RCB, Golbaum M, 2017).

Os litígios judiciais também ocorrem em outros países. Na Argentina, no período de 1994 a 2013 foram encontradas 125 ações que buscavam atendimento à saúde. Destas, 88% tratou de ações individuais, 64% de ações contra serviços privados de saúde e 75% apenas ordenou o fornecimento do serviço, sem analisar as falhas do sistema de saúde (Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E, 2016).

#### **1.4.4 Doenças raras**

Dois trabalhos apontam questões relativas a mucopolissacaridose, doença genética rara causada pela atividade deficiente de uma das enzimas envolvidas no catabolismo dos glicosaminoglicanos. Pacientes portadores desta condição podem apresentar alterações faciais, oculares, auditivas, cardiopulmonares, articulares e esqueléticas (Medeiros M et al. 2013; Diniz D et al. 2012)

Entre 2006 a 2010, foram avaliados arquivos físicos e eletrônicos do Ministério da Saúde para buscar informações sobre a condição econômica dos pacientes que buscavam a via judicial para obtenção de medicamentos para o tratamento da mucopolissacaridose. O trabalho demonstrou que possíveis indicadores de renda encontrados em ações judiciais por medicamentos, não são válidos, já que há apoio de entidades filantrópicas em ações e interesses de indústrias farmacêuticas nessas causas relacionadas a mucopolissacaridose. O objetivo do autor de apresentar possível relação entre a judicialização e alta renda dos pacientes, não foi alcançado (Medeiros M et al. 2013).

Ao se avaliar estes mesmos processos verificou-se que 97% das compras foram feitas de um único fornecedor, o que caracteriza monopólio. No país, em 2012, conforme dados do Departamento de Informática do SUS, 245 indivíduos recebiam medicamentos por determinação judicial para o tratamento desta doença (Diniz D et al. 2012).

A busca de tratamento para fenilcetonúria, doença genética rara, causada pela ausência ou diminuição da atividade de enzima hepática, que transforma a fenilalanina em tirosina em pacientes do Rio Grande do Sul, evidenciou falha em

políticas públicas já estabelecidas. Foram localizados 20 casos neste estado em que os medicamentos constam em lista do SUS (Trevisan LM et al., 2011).

Ainda no Rio Grande do Sul, verificou-se a falta de observância de aspectos relacionados a medicina baseada em evidências no que diz respeito a eficácia, eficiência e efetividade do tratamento solicitado, sobretudo no caso de doenças raras como, por exemplo, na Doença de Fabry. Tratamentos para doenças raras apresentam alto custo e poucas evidências científicas que indiquem seu uso, dificultando assim sua incorporação a políticas públicas padronizadas e gratuitas, sendo esse um importante fator que leva o paciente a buscar a via judicial para seu fornecimento (Sartori Junior D et al., 2011).

#### **1.4.5 Gastos**

Apesar de municípios e estados possuírem diferentes orçamentos para a saúde, ao verificar os dados apresentados, é possível conhecer a magnitude do problema criado pelo atendimento a ações judiciais. O custo de atendimento a demandas judiciais compromete parcela expressiva dos recursos destinados ao setor saúde em municípios, estados e união. Em 2006, somente no Estado de São Paulo, foram gastos 65 milhões de reais para atender as demandas judiciais de 3.600 pacientes. Isto representou um custo de R\$ 18 mil por paciente, ao mesmo tempo em que a dispensação de medicamentos excepcionais custou R\$ 2,2 mil por paciente (Chieffi AL, Barata RB, 2009).

Em 622 processos contra o estado de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004 foram gastos R\$11.333.750,00. Em 2003 e 2004, o gasto com medicamentos via judicial representou respectivamente 7,5% e 11,5% do gasto total em medicamentos do estado. 46% desse valor foi destinado à aquisição dos medicamentos interferon peguilado e infliximabe (Pereira JR et al., 2010).

Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para atender 1220 solicitações de fornecimento de antineoplásicos, foram gastos mais de R\$40 milhões, apresentando um custo médio de R\$33,5 mil por paciente. Também ficou evidenciada a presença de poucos advogados e prescritores em vários processos (Lopes LC et al., 2010).

No município de São Paulo, em 2005 foram gastos R\$876 mil apenas com a aquisição de medicamentos não padronizados. (Vieira FS, Zucchi P, 2012).

Em 2005, o Governo Federal gastou R\$ 2,5 milhões na aquisição de medicamentos para atender 387 processos. Em 2007 foram gastos R\$ 15 milhões para atender cerca de 3 mil ações. Em 2008, apesar de não se ter informação do número de processos, o gasto chegou a R\$ 52 milhões. Somente o Estado de Minas Gerais gastou nesses anos, R\$ 8,5 milhões (2005), R\$ 22,8 milhões (2007) e R\$ 42,5 milhões (2008) com o cumprimento de processos judiciais na área da saúde (Machado MAA et al. 2011). Ainda em Minas Gerais, dados da própria Secretaria de Estado de Saúde mostram um aumento de 28 mil por cento em gastos com atendimento a demandas judiciais de medicamentos entre 2002 e 2011, passando de R\$ 164,3 mil para R\$ 46,4 milhões ao longo deste período (Campos Neto OH et al., 2012). Em Santa Catarina, em 2006, foram gastos R\$ 80 milhões com assistência farmacêutica. Destes, R\$ 21,5 foram destinadas ao cumprimento de ações judiciais (Boing A et al., 2013).

Somente com a aquisição de medicamentos para mucopolissacaridose o Brasil gastou, entre 2006 e 2010 cerca de R\$ 220 milhões para atender 195 pacientes em 196 ações. Deste total, cerca de 98% foram gastos com um único fornecedor, o que caracteriza monopólio ou sujeição, quando se obedece, se submete sem relutar à vontade do fornecedor (Diniz D et al., 2012). No caso da Doença de Fabry, o custo médio para tratamento anual de um único paciente foi de R\$ 326,7 mil (Sartori Junior D et al., 2011).

Por se tratar de decisões que afetam indiretamente a coletividade, visto que se utilizam recursos públicos para seu cumprimento, se faz necessária adoção de critérios técnicos e racionais aplicados a cada caso, o que não tem sido identificado em decisões judiciais, já que há viés de decisões favoráveis aos usuários. Isto mostra falha na efetivação de políticas públicas de saúde (Borges DCL, Ugá MAD, 2010).

Ações judiciais ignoram normas criadas pelo SUS, principalmente no que diz respeito à assistência farmacêutica ao determinar o fornecimento de medicamentos que não constam em listas padronizadas. Ao decidir sobre questões de direitos sociais na esfera jurídica, estas resoluções desconhecem o direito coletivo e, por conseguinte, privilegiam situações individuais rompendo assim com um dos princípios básicos do SUS, o da equidade (Chieffi AL, Barata RB, 2009; Machado MAA et al., 2011.)

No estado de Pernambuco, foram gastos aproximadamente R\$4,5 milhões na aquisição de 134 medicamentos solicitados em 105 ações judiciais no período de janeiro a junho de 2009 (Stamford A, Cavalcanti M, 2012).

Ao analisar as compras de medicamentos não padronizados, por via judicial realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no período de setembro de 2014 a agosto de 2016, verificou-se que foram adquiridos 244 medicamentos ao custo total de R\$43.700.727,04 (Silva EM, Almeida KC, Pessoa GSC, 2017).

Apesar de a maioria dos trabalhos trazer apenas aspectos negativos da judicialização da saúde, Ventura M et al. (2010) apontam que o aumento das demandas judiciais evidencia falhas da administração pública e embasam sua resolução. Existe um regular atraso de incorporação de tecnologias no SUS e o aumento de demandas faz com que essa incorporação ocorra de forma mais rápida, como demonstrado nos anos 90 pelas conquistas de pacientes com HIV/AIDS através da criação de sólidas políticas públicas de apoio.

## **2. Justificativa**

A Judicialização da saúde tem repercussões catastróficas no financiamento do SUS. Isto decorre da excessiva quantidade de recursos consumidos no atendimento de um número muito reduzido de pacientes e de condições clínicas. Mais grave ainda é que, para muitas das intervenções solicitadas pelos pacientes e autorizadas pela justiça, não há evidência científica de que lhe tragam benefício. Esta Judicialização da saúde, ao cobrar um dever do Estado e de fazer cumprir por vias legais um direito do cidadão, fere um princípio básicos do SUS que é a equidade (Travassos DV et al., 2013).

A equidade busca equilibrar necessidades da população brasileira, respeitando especificidades de cada grupo, dando mais a quem mais precisa, respeitando e estudando os principais determinantes sociais conhecidos (Chieffi AL, Barata RB, 2009). Já a judicialização da saúde, da forma como está sendo conduzida, leva a uma inequidade social, transferindo montantes consideráveis de recursos destinados ao atendimento de necessidades coletivas ao indivíduo (Borges DCL, Ugá MAD, 2010; Wang DWL et al., 2014)

Entre os motivos que levam esses indivíduos a buscar o setor judiciário para resguardar seu direito à saúde estão a falha em execução de políticas públicas de saúde por parte do estado e municípios, assim como pelo governo federal; solicitação de medicamentos que não constam em listas da Assistência Farmacêutica; medicamentos sem registro na ANVISA, porém, indicados em tratamentos médicos; procedimentos que não constam em Protocolos Clínicos do SUS e o atraso na atualização desses protocolos e listas de insumos do sistema (Gomes DF et al. 2014).

Para que os governos possam corrigir políticas públicas e adotar critérios técnicos para atendimento às demandas de pacientes, é necessário que os motivos dos pedidos sejam conhecidos. No banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 9320 pacientes estavam registrados para receber medicamentos por determinação judicial em 2015. Em 2014, foram gastos R\$ 55 milhões de reais na aquisição de 44 milhões de unidades de medicamentos. Em 2015, o gasto passou para R\$ 64 milhões de reais em 47 milhões de unidades (Paraná, 2016).

Apesar de possuir informações sobre os gastos do estado do Paraná com algumas ações judiciais, não se tem conhecimento sobre outras questões pertinente, como o verificado em outros estados. Verifica-se, portanto, a complexidade do tema apresentado e as diversas variáveis implicados na judicialização da saúde. Ao descrever as demandas do estado, busca-se conhecer a distribuição do problema enfrentado e auxiliar os órgãos gestores na resolução de um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS na atualidade.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Descrever e analisar registros do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná quanto às características das ações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e conhecer os resultados dessas ações para os anos de 2014, 2015 e 2016.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever a distribuição das situações de saúde apresentadas em acórdãos quanto a:

- tipos de ações, serviços e insumos de saúde demandados;
- doenças e problemas relacionados à saúde de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10);
- padronização das demandas de medicamentos à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- resultado final dos acórdãos e
- gastos do estado decorrentes dessas demandas.

#### **4 Hipóteses**

- A grande maioria dos acórdãos trata de solicitações por medicamentos não constantes na RENAME;
- Ao menos oito em cada 10 decisões foram favoráveis aos usuários;
- Maior prevalência de prescrições por profissionais oriundos do serviço privado de saúde;
- Custo per capita é cerca de 10 vezes maior que o previsto em políticas do SUS destinados ao estado do Paraná e
- Possível interferência excessiva do poder judiciário em políticas públicas de saúde neste estado.

#### **5 Metodologia**

##### **5.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com base em dados secundários retirados dos acórdãos disponíveis em sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, julgados nos anos de 2014, 2015 e 2016. Serão analisados todos os processos recuperados em cada um dos períodos estudados.

##### **5.2 Local do Estudo**

###### **5.2.1. Estado do Paraná**

O estado do Paraná está localizado ao norte da região sul, fazendo divisa com os estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina, e com os países

Argentina e Paraguai. Sua área é de aproximadamente 200 mil km<sup>2</sup>. Em 2013, apresentou o 4º maior PIB do país com R\$ 332,8 bilhões (6,3% do total) ficando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Possui 399 municípios, com população registrada pelo IBGE em 2010 de 10,4 milhões habitantes, com 85% vivendo em área urbana, e representando 5,5% da população do Brasil e 38,1% da população da Região Sul. Em 2010, 85,3% da população encontrava-se na área urbana. Em 2010, o IDH registrado foi 0,749 (IBGE, 2010). Na sua capital, Curitiba, está localizado o Tribunal de Justiça do Estado.

Os 399 municípios do estado estão divididos em 22 regionais de saúde, com sedes localizadas em cidades de maior importância geográfica e socioeconômica. Essas regionais centram suas ações em três principais eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração e mantém ligação com o nível central da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) por meio de superintendências. Desde 2013, essas regionais são agrupadas em quatro macrorregionais, as quais encontram-se organizadas em serviços de média e alta complexidade existentes em cada macrorregião (Leste, Oeste, Norte e Noroeste) (Paraná, 2016).

A rede de serviços próprios da SESA conta com 10 hospitais gerais, seis hospitais especializados (tisiologia, hanseníase, infectologia, pediatria, psiquiatria e reabilitação), e quatro hospitais universitários em funcionamento e um deles em construção.

Entre 2000 e 2010 o estado do Paraná apresentou taxa de crescimento negativa de 1,38% para idade de 0 a 14 anos. Nas faixas etárias de 15 a 59 anos e 60 anos ou mais, as taxas foram positivas, sendo 1,37% e 3,77% ao ano, respectivamente. Segundo projeções do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2015), em 2020 o Paraná terá 11,5 milhões de habitantes, e em 2030, 12 milhões, mostrando assim a diminuição da taxa de fecundidade, que vem ocorrendo desde o ano 2000.

Em 2015, o Estado apresentou razão de mortalidade materna de 41,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos, taxa de mortalidade infantil de 10,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Entre pessoas do sexo masculino, as três principais causas de óbito foram doenças do aparelho circulatório (27%), causas externas (18%) e neoplasias (18%). As causas externas são a primeira causa de óbito de pessoas entre menores de

50 anos. No sexo feminino, as três principais causas de óbitos são doenças do aparelho circulatório (32%), neoplasias (19%) e doenças do aparelho respiratório (13%) (Paraná, 2016).

Em relação à rede assistencial de saúde no Paraná, há segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 21.929 estabelecimentos de saúde, sendo 6.084 do SUS. Dentre os 461 hospitais em funcionamento, 81% (373) oferecem atendimento ao SUS; em relação ao número de leitos, o estado possui 22.762 leitos, com 18.708 deles para atendimento ao SUS, mais 317 leitos não hospitalares vinculados ao SUS e localizados em CAPS, unidades de pronto atendimentos, hospital/dia e unidades mistas de saúde. A média geral de leitos do Estado é 2,4 leitos/1000 hab. e 1,7 leitos SUS/1.000 habitantes. Para atendimentos complementares, o estado possui 3.175 leitos em UTI, CTI e Isolamento, sendo que 1.932 (61%) encontram-se disponíveis ao SUS (Paraná, 2016).

Em relação a Judicialização da Saúde, o Paraná apresentou no Plano Estadual de Saúde 2016–2019, apenas registros de medicamentos adquiridos através de decisões judiciais onde, apesar da organização da Política de Assistência Farmacêutica, demandas são atendidas desde 1999. Até 2015, 18.518 pacientes foram cadastrados para recebimentos de medicamentos com essa origem. Destes, 12.845 foram cadastradas entre 2011 e 2015, 9.320 vivos no final este período (Paraná, 2016).

Devido ao aumento das demandas por medicamentos no estado, o qual causa um grande impacto no valor financeiro destinado a aquisição desses, a SESA participa ativamente do Comitê Executivo da Saúde no Paraná, criado em 2011, seguindo a Recomendação nº 31/2010 e a Resolução nº 107/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Este comitê discute as demandas de medicamentos e auxilia o poder judiciário nas decisões que envolvem o direito à saúde e assistência farmacêutica, elaborando diretrizes e propondo recomendações que embasem as decisões desse poder.

Este comitê executivo é formado pelos seguintes órgãos: representantes da Justiça Federal, Justiça Estadual, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil - Seção Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-PR), Defensoria Pública da União, Procuradoria Geral do Estado do Paraná, Advocacia Geral da União, Agência Nacional de Saúde Suplementar,

Conselho Regional de Medicina do Paraná, Conselho Regional de Farmácia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Tribunal de Contas do Estado do Paraná, entre outros.

### **5.2.2 Tribunal de Justiça do Estado do Paraná**

O cidadão comum, quando tem seu direito à saúde violado ao não receber atendimento pela administração pública da forma como pretendia, pode buscar esse direito através de devido processo legal, sendo a demanda judicial iniciada junto aos juízes de primeiro grau, ou seja, em comarcas (municípios). Ao final do trâmite legal, o juiz profere uma sentença, uma decisão garantindo (ou não) o direito àquele cidadão, podendo a parte vencida ou a parte vencedora inconformada com a decisão, interpor recurso contra essa decisão.

Quando o recurso é interposto, o processo é encaminhado aos Tribunais de Justiça do Estado, onde após decisão de uma Câmara dos Tribunais, o relator do processo determina a lavratura do competente acórdão, decisão que mantém ou reforma a sentença proferida pelo juiz do município.

Percebendo o aumento da demanda de ações judiciais em saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) buscou estabelecer política judiciária para a saúde, publicando normas e recomendações para que o judiciário atue de forma coordenada e estratégica nesse assunto.

A identidade institucional do TJPR é apresentada pelo trinômio Missão, Visão e Valores, informações disponíveis em seu endereço eletrônico ([tjpr.jus.br](http://tjpr.jus.br)). A missão deste tribunal é “garantir à sociedade a prestação jurisdicional acessível, de qualidade, efetiva e célere, de forma transparente e ética, solucionando os conflitos e promovendo a pacificação social”. Sua visão é “Ser referência de qualidade na prestação de serviços públicos, reconhecida pela sociedade e seus colaboradores como instituição da qual todos tenham orgulho e confiança”, e seus valores são “Transparência, ética, celeridade, acessibilidade, justiça, inovação e eficiência”.

### **5.3 Critérios de inclusão**

Serão incluídos neste estudo, acórdãos recuperados em pesquisa detalhada de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná disponível livremente em

seu endereço eletrônico (<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/>), através dos critérios de pesquisa “direito à saúde” e “SUS”, pesquisados na ementa e na íntegra do acórdão, em turmas recursais e 2º grau, sem segredo de justiça, com data de julgamento de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016.

#### **5.4 Critérios de exclusão**

Serão excluídos acórdãos que, mesmo recuperados com os critérios de pesquisa já mencionados, apresentem questões relacionadas a saúde suplementar ou privada, ou que não tenham sido julgados nos anos de 2014, 2015 e 2016.

#### **5.5 Instrumento de pesquisa**

Será utilizado questionário próprio, elaborado com base em artigos apresentados na revisão deste projeto e com base nos Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos (Pepe, 2011).

#### **5.6 Desfechos e variáveis**

Para descrever a Judicialização da saúde no estado do Paraná neste período serão coletadas as seguintes informações dos acórdãos encontrados no sítio eletrônico do TJPR: data do acórdão, local de origem (cidade ou comarca), réu (município, estado, união ou hospital), sexo (masculino e feminino), tipo de ação (ordinária, mandado de segurança, ação civil pública, ação cautelar, não identificada), representação jurídica do autor (defensoria pública, ministério público, advogado particular, organização não governamental), hipossuficiência econômica (sim ou não), titularidade da ação (individual ou coletiva), existência de pedido liminar ou antecipação de tutela (sim ou não), decisão do pedido liminar (deferimento ou indeferimento), fundamentação de urgência/emergência (sim ou não), prescrição por parte do profissional de saúde (sim ou não), origem do profissional de saúde (privado ou SUS), resultado em segunda instância (favorável ao usuário, favorável ao SUS, parcial). As demandas serão classificadas em: (1) medicamentos; (2) órteses, próteses e lentes de contato; (3) suplemento alimentar; (4) procedimentos cirúrgicos; (5) fraldas descartáveis; (6) exames; (7) tratamentos; (8) material médico hospitalar; (9) internação hospitalar, (10) atenção domiciliar; (11) ressarcimento de tratamento; (12) equipamentos e (13) outras

que possam ser encontradas e não classificadas anteriormente. Caso sejam solicitados medicamentos, os mesmos serão especificados e será verificado se constam ou não na RENAME. Doença ou agravo alegado pelo demandante será identificado e classificado conforme capítulo do Código Internacional de Doenças (CID-10).

### **5.7 Questões éticas**

Por se tratar da utilização de dados secundários sob domínio público, este projeto de pesquisa não necessita ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por não se enquadrar no disposto na resolução 466/12 (Brasil, 2013).

### **5.8 Seleção e treinamento dos auxiliares**

Serão selecionados dois auxiliares de pesquisa, os quais deverão possuir ensino médio completo e disponibilidade para a pesquisa.

Será realizado treinamento com os auxiliares, onde será apresentado de forma detalhada as informações a serem coletadas (questionário) a partir de manual do entrevistador produzido exclusivamente para esta pesquisa. Além disso, serão discutidos cada um dos acórdãos, assim como a apresentação de materiais complementares utilizados para preenchimento dos questionários.

### **5.9 Logística**

A busca será feita em endereço eletrônico do TJPR. Seguindo os critérios de inclusão apresentados, os acórdãos encontrados serão salvos em arquivo tipo *pdf* com numeração própria atribuída por mim (DL), os quais serão disponibilizados aos auxiliares de pesquisa em formato digital. Será realizada ainda dupla digitação dos questionários. Serão sorteados 10% dos questionários para verificação de concordância entre os auxiliares de pesquisa. Em caso de discordância, discussão específica sobre cada caso será realizada.

### **5.10 Estudo piloto**

O estudo piloto será realizado no mês de agosto de 2017. O instrumento será testado em 50 acórdãos de anos não incluídos neste estudo. Neste projeto piloto será

verificada a adequação das perguntas aos dados encontrados, tempo de preenchimento de cada questionário, manual de instruções, assim como responder possíveis questões levantadas pelos auxiliares.

#### **5.11 Coleta de dados**

Dados serão coletados no banco de dados do TJPR a partir da primeira quinzena de março de 2017. A avaliação de acórdãos e preenchimento de questionários será realizada no período de agosto a dezembro deste mesmo ano.

#### **5.12 Controle de qualidade**

Será realizada dupla digitação dos questionários. Para o controle de qualidade, todos os questionários serão revisados pela investigadora principal (DL) para verificar eventuais inconsistências de codificação e digitação. Com já mencionado, 10% dos questionários serão refeitos para verificação completa dos dados disponíveis nos acórdãos.

#### **5.13 Processamento e análise dos dados**

Após a revisão dos questionários, os dados digitados no programa *Excel*® serão exportadas para o software estatístico *Stata14*®, onde serão analisados quanto a distribuição de frequências e calculada as medidas de tendência central. Além disso, poderão ser aplicados teste para avaliar tendência para diferentes variáveis ao longo das três medidas obtidas (2014, 2015 e 2016), bem como teste do qui-quadrado para avaliar a o nível de significância entre proporções (Kirkwood & Sterne, 2003).

#### **5.14 Limitações do estudo**

As limitações de um estudo transversal ocorrem devido a possibilidade de causalidade reversa quando são avaliados fatores de exposição associados a uma doença ou situação de saúde. Porém, no estudo proposto, objetiva-se a descrição da situação da Judicialização da saúde no estado no Paraná e não a busca dos seus determinantes, ou seja, da sua causalidade (Silva I, 1999).

## 6. Divulgação de Resultados

Os resultados deste trabalho serão apresentados publicamente em congressos que tratem do assunto, publicação de artigos em periódicos nacionais indexados, produzidas matérias para jornais de circulação em nível de estado do Paraná a fim de atingir o público leigo e participação em discussões com autoridades locais. Por fim, cópia desta dissertação ficara disponível na biblioteca da FAMED/FURG bem como na biblioteca central desta mesma universidade.

## 7. Orçamento

A pesquisa será realizada com orçamentos próprios do pesquisador. Estão previstas as seguintes despesas: confecção de questionários a um custo total de R\$ 1.000,00 e o pagamento de ajuda de custo aos coletores de dados no valor de R\$ 350,00. Estes custos totais de R\$ 3.100,00 serão cobertos com recursos próprios da investigadora principal de projeto (DL).

## 8. Cronograma

O presente projeto de pesquisa está previsto para ser conduzido na sua totalidade em 24 meses, o que inclui desde a revisão da literatura até defesa desta dissertação. Isto inclui, obviamente, a elaboração e submissão de um artigo para publicação em revista nacional indexada Qualis CAPES A1-B2. Vale destacar ainda que a maioria das atividades previstas serão desenvolvidas de forma simultânea. Este quadro é apresentado na página seguinte deste projeto.

Período / Atividades	2016											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão de literatura												
Construção do projeto												
Elaboração do questionário												

Período Atividades	2017											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão de literatura												
Elaboração do questionário												
Qualificação do projeto												
Seleção e treinamento dos auxiliares												
Estudo piloto												
Coleta de dados												
Controle de qualidade												
Digitação dos dados												
Análise e interpretação dos dados												
Redação do artigo												
Elaboração da dissertação												
Defesa fechada												
Apresentação pública												
Divulgação dos resultados												

## 9. Referências Bibliográficas

Alexy R. Theorie der Grundrechte publicada pela Suhrkamp Verlag, 5ª edição alemã. Tradução de Virgílio Afonso da Silva, 2ª edição. Malheiros Editores, 2011.

Asensi FD, Aidar A, Ramos F, Pinheiro R. Judicialization, right to health and prevention. Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde 2015; 9:1-10.

Barroso LR. Curso de Direito Constitucional Contemporâneo. Os conceitos fundamentais e a construção do novo conceito. 2ª edição. Saraiva, 2010.

Biehl J, Amon JJ, Socal MP, Petryna A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. Health And Human Rights 2012; 14:1-17.

Biehl J, Socal MP, Amon JJ. 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 Journal* 2016; 18:209-220.

Boing A, Bloemer NS, Roesler C, Fernandes S. The judicialization of access to medicines in Santa Catarina State: a challenge for the management of the health system. *R. Dir. sanit.* 2013; 14:82-97.

Borges DCL, Ugá MAD. Conflicts and impasses in the judicialization of the supply of medicines: circuit court rulings on claims brought against the State of Rio de Janeiro, Brazil, in 2005. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26:59-69.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acessado em 10 set. 2016.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acessado em 12 set. 2016.

Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm)>. Acessado em 12 set. 2016.

Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acessado em 15 set. 2016.

Brasil. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>. Acessado em 18 set. 2016.

Brasil. Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>. Acessado em 20 set. 2016.

Brasil. Resolução nº 238, de 06 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>. Acessado em 10 jan. 2017.

Brasil. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/compesqedu/documentos/resolucao-466-12/view>>. Acessado em 10 jan. 2017.

Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Barbosa FLV, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Doctors, lawyers and pharmaceutical industry on health lawsuits in Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46:784-90.

Chieffi AL, Barata RB. "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25:1839-1849.

Chieffi AL, Barradas RCB, Golbaum M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Services Research* 2017; 17:1-12.

Coelho TL, Ferré F, Campos Neto OH, Acurcio FA, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Legal and health variations in drug litigation injunctions granted in Minas Gerais. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:808-816.

Dias PRP. Right to Health: Demand for food supplements at the Court of Justice of Minas Gerais. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4:39-55.

Diniz D, Machado TRC, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19:591-598.

Diniz D, Medeiros M, Schwartz IVD. Consequences of the judicialization of health policies: the cost of medicines for mucopolysaccharidosis. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28:479-489.

Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29:159-166.

Gomes DF, Souza CR, Silva FL, Pôrto JA, Morais IA, Ramos MC, Silva EM. Judicialization of health and public hearing convened by the Supreme Court in 2009: what has changed since then? *Saúde Debate* 2014; 38:139-156.

Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Access to medium and high-complexity procedures in the Brazilian Unified National Health System: a matter of judicialization. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:31-43.

Gotlieb V, Yavich N, Báscolo E. Litigation and the right to health in Argentina. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32:1-12.

IBGE. Informações sobre o Produto Interno Bruto dos Municípios Brasileiros. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IPARDES. Indicadores Seleccionados – Paraná. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Atualizado em 13 de outubro de 2016.

Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2ª Oxford: Blackwell Science; 2003.

Lima JA, Kolling AF, Nasser APP, Marques AF, Diquiqui R. Analog Insulins: SUS liability and the judicialization. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4:29-43.

Lisboa ES, Souza LEPE. Why do people appeal to the courts for access to medication? The case of insulin analogues in Bahia (Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22:1857-1864.

Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CGS. Rational use of anticancer drugs and patient lawsuits in the state of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:620-8.

Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. A technical analysis of medicines request-related decision making in Brazilian courts. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:706-13.

Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:590-8.

Machado FRS, Dain S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública* 2012; 46:1017-36.

Marçal, KKS. The judicialization of Pharmaceutical Assistance: The case Pernambuco in 2009 and 2010. Dissertation (Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

Marques SB, Dallari SG. Safeguarding of the social right to pharmaceutical assistance in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:101-7.

Mascarenhas P. Manual de Direito Constitucional. Salvador, 2010.

Medeiros M, Diniz D, Schwartz IVD. The thesis of judicialization of health care by the elites: medication for mucopolysaccharidosis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18:1089-1098.

Mendes GF, Branco PGG. Curso de Direito Constitucional. 10ª edição. São Paulo: Saraiva, 2015.

Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Can court injunctions guarantee access to medicines in the public sector? The experience in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:525-534.

Nascimento CB. A judicialização no Distrito Federal, no Setor Saúde, na área de álcool e drogas. Dissertação (Mestrado) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

Nunes CFO, Ramos Júnior AN. Judicialization of the right to health in the Brazilian Northeastern region: dimensions and challenges. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24: 192-199.

Paim LFNA, Batt CR, Sacconi G, Guerreiro ICK. What is the cost of brand name prescriptions in the judicialization of access to medicines? *Cad. Saúde Colet.* 2017; 25: 201-209.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.

Pepe VLE, Ventura M, Sant’ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, Osorio-de-Castro CGS. Characterization of lawsuits for the supply of “essential” medicines in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26:461-471.

Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Situation of lawsuits concerning the access to medical products by the Health Department of Santa Catarina State, Brazil, during the years 2003 and 2004. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15:3551-3560.

Pepe VLE. Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

Santos AO, Delduque MC, Mendonça AVM. Os discursos na Audiência Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. *Saúde Soc.* 2015; 24:184-192.

Santos-Pinto CDB, Osorio-de-Castro, CGS. Pharmaceutical Services and litigation in small Brazilian municipalities: a study in Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate* 2015; 39:171-183.

Sartori Junior D, Leivas PGC, Souza MV, Krug BC, Balbinotto G, Schwartz IVD. Court-ordered access to treatment of rare genetic diseases: Fabry Disease in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17:2717-2728.

Silva, IS. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. Lyon: IARC, 1999.

Silva EM, Almeida KC, Pessoa GSC. Analysis of drug expenditure with judicialization in the Federal District, Brazil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2017; 6:112-126.

Stamford A, Cavalcanti M. Legal decisions on access to medicines in Pernambuco, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:791-799.

Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RNV, Conceição EMA, Marques DF, Ferreira EF. The judicialization of health care: a case study of three state courts in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18:3419-3429.

Trevisan LM, Nalin T, Tonon T, Veiga LM, Vargas P, Krug BC, Leivas PGC, Schwartz IVD. Access to treatment for phenylketonuria by judicial means in Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20:1607–1616.

Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20:77-100.

Victoria CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros F & the Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Publicado Online 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X

Vieira FS, Zucchi P. Distortions to national drug policy caused by lawsuits in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:214-22.

Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. The impacts of health care judicialization in the city of Sao Paulo: public expenditure and federal organization. *Rev. Adm. Pública* 2014; 48:1191-1206.

Zago B, Swiech LM, Bonamigo EL, Schempler Junior BR. Bioethical Aspects of Health Judicialization for drugs in 13 Municipalities in the Midwest of Santa Catarina, Brazil. *Acta Bioethica* 2016; 22:293-302.

## **10. NORMAS DA REVISTA**

## **INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

## Seções da publicação

- **Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.
- **Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.
- **Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.
- **Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.
- **Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.
- **Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.
- **Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

#### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês deverão constar obrigatoriamente no DeCs/Mesh. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>);

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em

disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

## Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)  
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.  
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

16. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

## Material eletrônico

### 17. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

### 18. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

### 19. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## **10.1. ARTIGO**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA:  
UM ESTUDO DE DEMANDA NO ESTADO DO PARANÁ**

**Daniele Ramos de Lima<sup>1,3</sup>**

**Dayanna Hartmann Cambuzzi Mendes<sup>2</sup>**

**Juraci A. Cesar<sup>3</sup>**

**Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva**

<sup>1</sup> Serviço de Inspeção Municipal - Prefeitura Municipal de Palmas

<sup>2</sup> Docente do Curso de Farmácia do Instituto Federal do Paraná – IFPR

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

## **RESUMO:**

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar registros do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) quanto às características das ações relacionadas ao SUS e resultados dessas ações. Realizou-se estudo transversal descritivo, com base em dados secundários coletados junto do TJPR entre 2014 e 2016. Dentre os 5.240 acórdãos encontrados no período, 1.710 ocorreram em 2014, 2.046 em 2015 e 1.493 em 2016. A maioria dos pacientes eram do sexo feminino, sem condições financeiras para arcar com tratamento, em geral, de urgência. Demandas foram geradas em grandes centros urbanos, com representação legal pelo Ministério Público em ações individuais contra a Secretaria do Estado da Saúde, realizavam seus tratamentos no SUS e buscavam principalmente o fornecimento de medicamentos não constantes na RENAME. Na quase totalidade, o resultado da ação foi favorável ao usuário. Também foram solicitados exames, tratamentos especializados, suplementos alimentares e outros itens em saúde. A situação encontrada neste estudo reflete e o que vem acontecendo em todo o país. O setor de saúde precisa se reorganizar, atualizar protocolos e a lista da RENAME a fim de garantir o direito constitucional à saúde do cidadão e evitar o iminente colapso do SUS em decorrência do elevado custo desta judicialização.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; Direito à saúde; Assistência Integral à Saúde.

**ABSTRACT:**

This study aimed to describe and analyze the records of the Court of Justice of the State of Paraná (TJPR) about the characteristics of SUS-related lawsuits and their outcome. This is a descriptive cross-sectional study conducted with secondary data collected from the TJPR between 2014 and 2016. Of the 5,240 rulings found in the period, 1,710 occurred in 2014, 2,046 in 2015 and 1,493 in 2016. Most of the patients were women, without financial conditions to cater for their treatments, which they urgently needed. Claims were generated in large urban centers, with legal representation by the Public Prosecutor's Office in individual lawsuits against the State Health Secretariat, and plaintiffs performed their treatments in the SUS and were mainly seeking the supply of medicines not included in the National Essential Drugs List (RENAME). In almost all the cases, rulings were favorable to users. Tests, specialized treatments, food supplements and other health items were also requested. The situation found in this study reflects what is currently occurring nationwide. The health sector must be reorganized and update protocols and RENAME's list to guarantee citizens' constitutional right to health and avoid the imminent collapse of the SUS due to the high cost of this judicialization.

**Keywords:** Judicialization of health; Right to health; Comprehensive health care.

## INTRODUÇÃO

Judicialização é a interferência do poder judiciário em questões de competência dos poderes executivo e legislativos<sup>1</sup>. No setor saúde, a judicialização tem por finalidade assegurar ao cidadão acesso a determinado cuidado, procedimento ou insumo a fim de lhe garantir bem estar e o pleno desenvolvimento de suas atividades diárias<sup>2</sup>, direitos que advém da Constituição Federal promulgada em 1988<sup>3</sup>.

No Brasil, este fenômeno teve início nos anos 1990, quando pacientes vivendo com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram em busca de tratamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) utilizando-se do direito constitucional para obtenção de direitos individuais à saúde<sup>4</sup>. Este direito constitucional é o que confere jurisprudência à busca de bens em saúde junto ao Estado brasileiro nos seus diferentes níveis.

Esta busca por direito à saúde, por requerer aporte substancial de recursos do SUS à uma única situação ou indivíduo em detrimento a quem mais precisa, acabou por ferir gravemente um dos princípios do SUS, que é a isonomia, acentuando as iniquidades dentro do sistema<sup>5</sup>. Os recursos do SUS são finitos, sendo necessário fazer o máximo com o mínimo de recurso possível, buscando evitar a desorganização causada pelo processo de judicialização, principalmente no que concerne há responsabilidade igual entre municípios, estado e união, desconsiderando a descentralização estabelecida pelo governo<sup>6</sup>.

Outro fator desconsiderado pelos juízes é a possível atuação da indústria farmacêutica nesse processo, a qual conta com um pequeno número de médicos e advogados em um número grande de ações que buscam fornecimento de medicamentos novos e mais caros, os quais utilizam-se da pressão do direito constitucional e do apelo

emocional para obrigar o governo a comprar seus medicamentos e a incluí-los em protocolos<sup>7,8</sup>.

Entre os motivos que levam esses indivíduos a buscar o setor judiciário para resguardar seu direito à saúde estão a falha em execução de políticas públicas de saúde por parte do estado e municípios, assim como pelo governo federal como, por exemplo, a provisão de medicamentos que não constam em listas da assistência farmacêutica; medicamentos sem registro na ANVISA que, no entanto, são indicados em tratamentos médicos. Isto se deve, basicamente, a redução de gastos por parte do Estado e atraso na atualização desses protocolos, que incluiriam estes insumos e sua disponibilização no SUS<sup>9</sup>.

Apesar de a dimensão financeira deste fenômeno ser amplamente divulgada em meios de comunicação gerais e não oficiais, as questões técnicas envolvidas representam um grande vazio na literatura disponível.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar registros do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná quanto às características das ações relacionadas ao SUS nos anos de 2014, 2015 e 2016.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo foi conduzido a partir de dados secundários de domínio público retirados de decisões de processos judiciais (acórdãos) junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) nos anos de 2014, 2015 e 2016.

O Estado do Paraná possui aproximadamente 11 milhões de habitantes distribuídos em 399 municípios. Na capital, Curitiba, onde vivem cerca de 2 milhões deles, está localizado o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Este tribunal é responsável pelo julgamento de recursos contra decisões judiciais impostas em tribunais de 161 comarcas existentes nas diferentes regiões do Estado.

Foram incluídos neste estudo acórdãos recuperados em pesquisa detalhada de jurisprudência disponível em sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/>), utilizando os critérios de pesquisa “direito à saúde” e “SUS”. Estes termos foram buscados na ementa e na íntegra do acórdão, em turmas recursais e de 2º grau, sem segredo de justiça, com data de julgamento entre 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016. Os acórdãos encontrados foram salvos em arquivos *pdf*, com numeração atribuída pela pesquisadora. Foram excluídos acórdãos que, apesar da utilização dos descritores, apresentaram questões relacionadas à saúde suplementar ou privada, ou que não tenham sido julgados neste período.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário específico que buscava informações sobre características demográficas (sexo) e socioeconômicas (condição financeira) do requerente, localização da ação (município de origem), réu da ação (estado, município e/ou hospital), representante legal do requerente (Ministério Público, Defensoria Pública ou advogado particular), se houve urgência no pedido e se este foi atendido, como o paciente realizou este tratamento (SUS ou particular) e, finalmente, o resultado do pedido judicial (favorável ao usuário, favorável ao SUS ou parcial).

As demandas solicitadas nestas ações foram classificadas em 13 categorias (1 - medicamentos; 2 - órteses, próteses e lentes de contato; 3 - suplemento alimentar; 4 - procedimentos cirúrgicos; 5 - fraldas descartáveis; 6 - exames; 7 - tratamentos; 8 - material médico hospitalar; 9 - internação hospitalar, 10 - atenção domiciliar; 11 - ressarcimento de tratamento; 12 – equipamentos e 13 para "outras").

Estas categorias foram definidas com base no projeto piloto e nos artigos revisados sobre o tema. No caso de demanda por medicamentos, também foi verificada a presença ou ausência do princípio ativo de cada item na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), vigente no período do estudo. A doença apresentada pelo paciente foi classificada de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10) e organizada em capítulos a partir desta mesma publicação.

O estudo piloto foi realizado por meio da aplicação do questionário (formulário) elaborado em 50 acórdãos de anos não incluídos no estudo. Como controle de qualidade do estudo, todos os questionários foram revisados e inconsistências de codificação e digitação foram corrigidas. Os dados coletados foram digitados no programa Excel<sup>®</sup> e transferidos para o programa estatístico Stata versão 15<sup>®</sup>.

Inicialmente foi realizada análise descritiva de cada uma das variáveis coletadas a partir do formulário criado. Em seguida, utilizando-se do teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates, foram comparadas as proporções e, por fim, foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência linear para as três medidas (2014, 2015 e 2016).

Por se tratar da utilização de dados secundários sob domínio público, este projeto de pesquisa foi liberado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por não se enquadrar no disposto na resolução 466/12<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

Ao longo do período estudado, houve 5.249 acórdãos, sendo 1.710 em 2014 (32,6%), 2.046 em 2015 (39,0%) e 1.493 em 2016 (28,4%) (Tabela 1). Houve ligeiro predomínio de requerentes do sexo feminino (52,7%); três quartos destas solicitações tiveram como justificativa básica a insuficiência de recursos para aquisição ou pagamento dos pedidos. Em relação ao município de origem das ações, cerca de 60% provém de apenas 10 municípios. Pouco mais de dois terços das ações (67,9%) foram impetradas contra o Estado do Paraná ficando, em segundo lugar, o município de origem, com 27,7%. Das indicações, via de regra, o representante legal da ação foi o Ministério Público, em 75% das ações impetradas. Na quase totalidade das vezes (97,5%), o titular da ação foi o indivíduo. O pedido, em geral, foi de urgência (79,8%) e o atendimento quase da mesma forma, visto que alcançou 98,1% das solicitações. Em relação à origem do tratamento solicitado (público ou privado), não havia informação para dois terços das ações. Das demais, a quase totalidade realizou tratamento no SUS. Por fim, 98,5% das decisões foram favoráveis ao paciente.

Foram encontrados mais de um pedido no mesmo processo, totalizando assim 5417 demandas em 5249 processos (Tabela 2), as quais foram separadas em 13 diferentes itens e classificadas em dois grupos: materiais de consumo e serviços. A principal solicitação encontrada neste estudo foi por medicamentos (74,1%), sendo que, destes, 78,2% não se encontravam padronizados pela RENAME. Na categoria “serviços“, as principais solicitações foram para realização de exames (5,3%) como polissonografia, eletroneuromiografia e testes alérgicos, seguido por tratamento especializado (6,0%) com ortopedistas, cardiologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros profissionais. Por fim, procedimentos cirúrgicos representaram 3,8% da demanda nesta categoria.

Em relação aos agravos, alguns pacientes apresentaram mais de um problema de saúde, resultando em 5758 problemas de saúde informados, os quais foram classificados e apresentados na Tabela 3. Quase 60% dos agravos apresentados foram classificados em apenas 5 capítulos: 13,0% em doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII), 12,6% em transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V), 11,3% em doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), 10,1% em doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Capítulo IV) e 9,4% em neoplasias (Capítulo II).

## DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes que recorreu à justiça entre 2014-16 no Estado do Paraná pertencia ao sexo feminino, era proveniente dos três maiores centros urbanos do Estado e deu como justificativa a impossibilidade financeira de arcar com os custos do tratamento. Na sua grande maioria, impetrou ação contra o Estado do Paraná, cuja representação se deu por intermédio do Ministério Público, em ação individual, com pedido e atendimento de urgência e com ganho de causa ao paciente na quase totalidade dos casos. Cerca de 80% destas solicitações foram para aquisição de medicamentos e para tratar doenças de oito capítulos do CID-10, com destaque para doença osteomuscular, transtorno mental e sistema circulatório.

Em virtude de as mulheres utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, era esperado, como aconteceu, que a maior demanda fosse por elas originada como em estudos conduzidos no Rio Grande do Sul<sup>11,12</sup>, Santa Catarina<sup>13</sup>, Minas Gerais<sup>7,8</sup>, Pernambuco<sup>14</sup> e Ceará<sup>15</sup>. Isto se deve possivelmente a maior proporção de mulheres na população e maior necessidade e preocupação com a sua condição de saúde em relação aos homens<sup>16</sup>.

Apesar de a condição financeira do paciente não ser pré-requisito para atendimento no SUS, esta foi a principal justificativa que baseou a apresentação de recursos junto ao TJPR. Isto ocorreu também em vários outros estudos.<sup>11,3,9,13,16</sup> A despesa com medicamentos é o maior gasto em saúde das famílias brasileiras, representando parte considerável do orçamento, sobretudo das famílias de baixa renda, o que compromete seu sustento básico. Isto se torna mais grave ainda pelo afastamento do trabalho<sup>19</sup>.

A necessidade de urgência no atendimento à solicitação judicial é considerada pelo uso de liminares ou antecipação de tutela. Essa solicitação é amplamente

encontrada na judicialização da saúde<sup>2,12,13,19,23</sup>, o que possibilita ao paciente receber o tratamento antes da finalização do processo, já que a demora do judiciário pode agravar o seu estado de saúde.

Em relação ao município de origem das ações, isto se deve ao fato de serem sedes de regionais de saúde, e, portanto, com recursos diagnósticos mais avançados e mais acesso à informações, o que acaba por gerar demanda mais difícil de ser atendida, sobretudo no que se refere a medicamentos e a exames complementares. Esses recursos nem sempre estão disponíveis aos usuários do SUS, e acabam por gerar uma nova demanda de custo e de tecnologia, não presente em municípios menores<sup>5</sup>.

Para que a judicialização ocorra, é mandatória a participação de um representante jurídico, daí estas questões serem levadas adiante por advogados particulares ou, como ocorreu para a grande maioria dos casos deste estudo, por meio da atuação do Ministério Público. Isto decorre da impossibilidade de o paciente cobrir honorários advocatícios e, também, pelo seu direito à gratuidade deste serviço junto ao SUS como já observado em outros estudos<sup>2,14,23</sup>. No entanto, há vários estudos mostrando importante participação de advogados particulares<sup>5,6,9,12,13,21,23</sup>. Apesar da deficiência no quantitativo de defensores públicos no estado do Paraná, há que mencionar a existência da promotoria pública, com especialistas em saúde pública em nível de comarca, a qual supre essa necessidade, conforme informações disponíveis no site da entidade. Estes profissionais, além de atuarem em direito sanitário e emitirem notas técnicas, têm, também, atuado de forma destacada na representação legal dos pacientes quando da judicialização do cuidado médico.

Em todos os estudos, a quase totalidade dos pedidos são individuais. Este atendimento pelo seu elevado custo e por atender somente a um único indivíduo em detrimento dos demais, acabar por ferir de forma importante a isonomia do SUS.

Considerando que praticamente em todas as solicitações seja dado ganho de causa ao paciente, os recursos retirados do SUS são expressivos, levando a diminuir ainda mais o pouco montante destinado ao atendimento do restante da população. Há unidades da Federação como, por exemplo, Minas Gerais e o Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul, com importante comprometimento dos recursos destinados ao setor saúde para atender este tipo de demanda judicial. Pior ainda é que o crescimento destas solicitações vem se dando de forma vertiginosa<sup>27</sup>. Em breve isto pode, associado ao estabelecimento do teto para o setor saúde, ao envelhecimento da população, com demandas de custo e de tecnologia cada vez mais elevada e duradoura, levar ao colapso do sistema público de saúde. Daí, então, diversos posicionamentos contrários a obtenção deste benefício via jurídica. Pode-se dizer que aqui há um dilema, visto que qualquer das decisões tomadas implica prejuízo a alguém. Logo, esta questão precisa ser discutida em profundidade e em um tempo não muito distante, sob pena inviabilizar o atendimento da população dentro do sistema público de saúde.

Em estudos onde foi coletada a informação sobre o órgão ao qual o paciente solicitou o atendimento à sua demanda, verificou-se que os órgãos estaduais são mais comumente responsabilizados<sup>2,14,15,17,24</sup>. Esta situação se explica pela maior necessidade de medicamentos e procedimentos não pertencentes à rede básica, com demandas especializados, as quais não são fornecidas na organização proposta pelo SUS.

Os pacientes que buscam a via judicial para atendimento de suas demandas em saúde são oriundos tanto de atendimentos da rede pública<sup>11,23</sup> quanto da rede privada<sup>21,24,8,26</sup>. Muitos deles possuem planos de saúde ou buscam atendimento privado devido às longas filas no SUS. Essas pessoas acabam não conseguindo arcar com os custos dos medicamentos, principalmente para neoplasias e doenças autoimunes. Daí, então, recorrem à judicialização.

As falhas encontradas nas políticas de assistência farmacêutica do SUS levaram à judicialização da saúde. Muitos dos estudos realizados tratam apenas de solicitações de medicamentos, devido à magnitude do problema, tanto em número de pacientes, como em gastos gerados. São poucos os estudos de demandas totais realizados e nestes, a maioria das ações tratam da solicitação de medicamentos<sup>15,28</sup>. A única exceção encontrada foi no Distrito Federal, onde a busca por vagas em UTI foi a principal demanda<sup>23</sup>. Isto sugere que, além da falta de recursos, há problemas com a rede pública de saúde que se mostra insuficiente e, sobretudo, desorganizada.

A classificação básica desses medicamentos diz respeito à presença ou ausência destes compostos na RENAME. Em alguns poucos estudos a maioria dos medicamentos buscados por via judicial estava presente na RENAME<sup>11,20</sup>, situação que demonstra falha na assistência farmacêutica, visto que estes medicamentos deveriam estar disponíveis à população. Verifica-se também atraso na incorporação de tecnologias ao SUS, evidenciada pelo uso de protocolos desatualizados e falta de medicamentos já consagrados em protocolos vigentes<sup>13,24,25,29,2,8,14</sup>.

Com a publicação do Decreto Nº 7.646, em dezembro de 2011<sup>30</sup>, foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), órgão ligado ao Ministério de Saúde, o qual tem por objetivo assessorar este órgão nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, incluindo a atualização dos componentes da RENAME. Para alcançar este objetivo, a CONITEC deve basear-se em informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis<sup>31</sup>. Ao decidir pelo fornecimento de medicamentos não

incorporados à RENAME, o poder judiciário deixa de lado a observância a todos esses fatores utilizados pelo Ministério da Saúde.

Ao interpretar os resultados aqui apresentados, há que considerar a incompletude dos dados informados em ações judiciais e a falta de informações quanto aos custos finais dos tratamentos instituídos. Isto impede conhecer o quanto estes gastos comprometem o orçamento de cada município e do Estado. Analisando apenas a questão de demandas por medicamentos, a Secretaria de Saúde do Paraná registrou crescimento de 361% em demandas judiciais entre os anos de 2010 a 2016, com o custo em 2010 no valor de R\$ 36 milhões, passando a R\$ 165 milhões em 2016, o que corresponde a 40% dos recursos estaduais para compra de medicamentos<sup>32</sup>. No Brasil, em 2008 foram gastos R\$ 70 milhões para atendimento em demandas de saúde, valor que chegou a R\$ 1 bilhão em 2015, um aumento no número de ações de 1300% ao longo destes anos<sup>33</sup>.

Reconhecendo a importância deste assunto em todo o país, o Conselho Nacional de Justiça emitiu a Recomendação nº 31/2010<sup>34</sup> e a Resolução nº 107/2010<sup>35</sup>, as quais dispõem, entre outras coisas, sobre a criação de comitês executivo da Saúde nos estados. Este comitê discute as demandas de medicamentos e auxilia o poder judiciário nas decisões que envolvem o direito à saúde e assistência farmacêutica, elaborando diretrizes e propondo recomendações que embasem as decisões desse poder, sendo formado, no Paraná, por inúmeros órgãos públicos, que vão desde a Justiça Federal até o Tribunal de Contas do Estado do Paraná<sup>36</sup>.

A situação encontrada no Paraná reflete o que vem acontecendo no país, com ganho de causa, quase sempre, do paciente. O setor saúde necessita melhorar o controle sobre essas demandas, não só em relação a medicamentos, mas de todas as necessidades básicas não atendidas. Há evidente falha da gestão da saúde evidenciada pelo aumento

em números de ações, e isto se agrava ainda mais com a realocação de recursos para atender estas demandas judiciais, via de regra, emergenciais<sup>6</sup>.

Neste momento, em que tantos assuntos são levados à justiça, cabe ao poder judiciário o estudo não só da Constituição Federal e de leis de sua atividade rotineira. É de suma importância que o diálogo entre atores da justiça e profissionais e gestores de saúde, seja incluído na rotina de decisões dos tribunais, sob pena de se tomar decisões falhas e comprometer o orçamento já escasso para as políticas públicas.

Há, portanto, que capacitar de forma mais rápida juízes, promotores e defensores públicos e integrar este conhecimento àqueles dos profissionais de saúde, a fim de que esta proliferação de pedidos judiciais seja estancada. Também é necessária a atualização de protocolos e da RENAME, levando em contas os avanços da tecnologia e da Medicina em especial, além de reestruturar os serviços de saúde a fim de garantir ao paciente um direito constitucional sem levar o sistema público de saúde ao colapso, o que se mostra iminente.

## REFERÊNCIAS

1. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RNV, Conceição EMA, Marques DF, Ferreira EF. The judicialization of health care: a case study of three state courts in Brazil. *Cien Saude Colet* 2013; 18:3419-3429.
2. Pepe VLE, Ventura M, Sant'ana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, Osório-de-Castro CGS. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(3):461-471.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
4. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20(1):77-100.
5. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros F & the Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Publicado Online 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X
6. Mapelli-Jr R. Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Editora Atheneu. São Paulo, 2017.
7. Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Barbosa FLV, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(5):784-790.
8. Machado MAA, Acurcio FA, Brandao CMR, Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):590-598.
9. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Access to medium and high-complexity procedures in the Brazilian Unified National Health System: a matter of judicialization. *Cad Saude Publica* 2014; 30(1):31-43.
10. Brasil. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
11. Biehl J, Amon JJ, Socal MP, Petryna A. Between the court and the clinic: lawsuits

- for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum Rights* 2012; 14(1):E36-52.
12. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health Hum Rights* 2016; 18(1):209-220.
  13. Boing A, Bloemer N. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. *R. Dir. Sanit.* 2013; 14(1):82-97
  14. Marçal KKS. A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010 [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
  15. Nunes CFO, Ramos Júnior AN. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cad Saúde Colet* 2016; 24(2):192-199.
  16. Lima JA, Kolling AF, Nasser APP, Marques AF, Diquiqui R. Insulinas análogas: responsabilidade do SUS e a judicialização *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015:29-43.
  17. Paim LFNA, Batt CR, Saccani G, Guerreiro ICK. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? *Cad Saúde Colet* 2017; 25(2):201-209.
  18. Dias PRP. Direito à Saúde : demanda por suplementos alimentares no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. *Cad Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2015; 4(3):39-55.
  19. Lisboa ES, Souza LEPPF. Why do people appeal to the courts for access to medication? The case of insulin analogues in Bahia (Brazil). *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1857-1864
  20. Borges DCL, Uga MAD. Conflicts and impasses in the judicialization of the supply of medicines: circuit court rulings on claims brought against the State of Rio de Janeiro, Brazil, in 2005. *Cad Saude Publica* 2010; 26(1):59-69.
  21. Coelho TL, Ferré F, Neto OHC, Acurcio FA, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Legal and health variations in drug litigation injunctions granted in Minas Gerais. *Rev Saude Publica* 2014; 48(5):808-816.
  22. Sartori Junior D, Leivas PGC, Souza MV, Krug BC, Balbinotto G, Schwartz IVD. Court-ordered access to treatment of rare genetic diseases: Fabry Disease in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2717-2728.
  23. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(2):591-598.

24. Chieffi AL, Barradas RDCB, Golbaum M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(1):499.
25. Chieffi AL, Barata RB. Judicialization of public health policy for distribution of medicines. *Cad Saude Publica* 2009; 25(8):1839-1849.
26. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Cien Saude Colet* 2010; 15:3551-3560.
27. Marques SB, Dallari SG. Safeguarding of the social right to pharmaceutical assistance in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:101-7.
28. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev Adm Pública* 2014; 48(5):1191-1206.
29. Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad Saude Publica* 2013;29(suppl 1):s159-s166.
30. Brasil. Decreto Nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 22 dez.
31. Brasil. Portaria Nº 1.897. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename. *Diário Oficial da União* 2017, 14 ago.
32. Gazeta do Povo. Gastos do Paraná com demandas judiciais de saúde crescem 361 % em seis anos. 2018. Diário.
33. Brasil. Tribunal de Contas da União. Auditoria Operacional. Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC). Judicialização da Saúde. 2017:1-67.
34. Brasil. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>. Acessado em 18 set. 2016.
35. Brasil. Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>. Acessado em 20 set. 2016.
36. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016.

**Tabela 1.** Distribuição das ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde segundo informações coletadas junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Paraná em 2014, 2015 e 2016.

Características	Ano			Total
	2014	2015	2016	
Sexo do requerente				
Masculino	40,7% (696)	42,0% (860)	44,1% (657)	42,2% (2213)
Feminino	54,6% (933)	53,4% (1092)	49,6% (740)	52,7% (2765)
Não informado	4,7% (81)	4,6% (94)	6,4% (96)	5,1% (271)
Município de origem da ação				
Umuarama	28,8% (493)	24,9% (509)	6,0% (89)	20,8% (1091)
Curitiba	12,9% (221)	13,0% (265)	13,6% (203)	13,1% (689)
Londrina	10,6% (181)	7,6% (156)	9,7% (145)	9,2% (482)
Irati	5,2% (88)	5,8% (118)	2,6% (39)	4,7% (245)
Ponta Grossa	4,9% (84)	1,8% (37)	1,7% (26)	2,8% (147)
União da Vitória	2,1% (36)	2,9% (59)	2,8% (41)	2,6% (136)
Apucarana	1,5% (26)	3,0% (61)	1,9% (28)	2,2% (115)
Paranavaí	1,0% (17)	2,2% (44)	2,8% (41)	1,9% (102)
Foz do Iguaçu	0,9% (15)	2,0% (40)	2,3% (35)	1,7% (90)
Guarapuava	1,9% (33)	1,2 (24)	1,7% (26)	1,6% (83)
Outros 389 municípios	30,2% (516)	35,6% (733)	54,9% (820)	39,4% (2069)
Declararam insuficiência de recursos como fundamento	75,4% (1290)	81,6% (1669)	68,5% (1023)	75,9% (3982)
Contra quem a ação foi impetrada				
Somente o estado do Paraná	69,9% (1196)	67,9% (1390)	65,6% (980)	67,9% (3566)
Somente o município	27,8% (475)	27,5% (562)	27,9% (417)	27,7% (1454)
Estado e município	2,2% (37)	4,5% (93)	6,4% (95)	4,3% (225)
Estado e hospital	0,1% (2)	0,1 (1)	0,1% (1)	0,1% (4)
Representante do requerente				
Ministério público	74,0% (1266)	77,9% (1594)	68,9% (1029)	74,1% (3889)
Advogado particular	21,6% (370)	16,8% (343)	20,8% (311)	19,5% (1024)
Defensoria pública	2,0% (34)	1,5% (31)	2,1% (32)	1,8% (97)
Não informado	2,3% (40)	3,8% (78)	8,1% (121)	4,6% (239)
Ação individual	96,8% (1655)	98,2% (2009)	97,2% (1451)	97,5% (5115)
Pedido de urgência	82,9% (1417)	84,5% (1729)	69,9% (1044)	79,8% (4190)
Atendimento da urgência	98,2% (1391)	97,9% (1692)	98,3% (1026)	98,1% (4109)
Local de tratamento				
SUS	26,1% (446)	29,4% (602)	21,8% (325)	26,2% (1373)
Privado	11,5% (196)	4,4% (89)	3,6% (54)	6,4% (339)
Não informado	62,4% (1068)	66,2% (1355)	74,6% (1114)	67,4% (3537)
Resultado da ação favorável ao paciente	98,7% (1688)	98,9% (2024)	97,7% (1459)	98,5% (5171)
<b>Total</b>	<b>32,6% (1710)</b>	<b>39,0% (2046)</b>	<b>28,4% (1493)</b>	<b>100% (5249)</b>

**Tabela 2.** Distribuição das demandas solicitadas em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Paraná em 2014, 2015 e 2016.

Demandas	Ano			Total
	2014	2015	2016	
<b>Consumo:</b>				
Medicamentos	73,4% (1293)	72,4% (1532)	77,2% (1196)	74,1% (4021)
Medicamentos constantes na RENAME	25,6% (483)	22,0% (483)	16,9% (253)	21,8% (1204)
Equipamentos	2,3% (38)	1,9% (41)	2,6% (39)	2,2% (118)
Suplementos alimentares	3,3% (59)	2,9% (61)	4,7% (72)	3,5% (192)
Órteses e próteses	1,1% (20)	1,4% (29)	1,0% (16)	1,2% (65)
Fraldas	0,3% (6)	0,8% (17)	1,1% (17)	0,7% (40)
Material médico-hospitalar	0,7% (12)	0,5% (11)	0,3% (5)	0,5% (28)
<b>Serviços:</b>				
Exames	6,4% (113)	7,0% (148)	1,7% (26)	5,3% (287)
Tratamento com especialistas	6,9% (123)	6,4% (135)	4,2% (65)	6,0% (323)
Procedimentos cirúrgicos	3,7% (66)	3,7% (78)	3,9% (61)	3,8% (205)
Internação hospitalar-UTI	0,6% (11)	1,2% (16)	1,0% (16)	1,0% (43)
Atenção domiciliar	0,0%	0,1% (2)	0,1% (2)	0,1% (4)
Ressarcimento de tratamento	0,3% (5)	0,1% (1)	0,1% (2)	0,1% (8)
Outros	0,9% (16)	1,6% (34)	2,1% (33)	1,5% (83)
<b>Total</b>	<b>32,5%</b> <b>(1762)</b>	<b>38,9%</b> <b>(2105)</b>	<b>28,6%</b> <b>(1550)</b>	<b>100,0%</b> <b>(5417)</b>

**Tabela 3.** Distribuição dos agravos conforme o capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID-10) para ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Paraná para os anos de 2014, 2015 e 2016.

Classificação dos agravos conforme os Capítulos da CID-10	Ano			Total
	2014	2015	2016	
I. Doenças infecciosas e parasitárias	1,8% (35)	2,0% (44)	1,3% (20)	1,7% (99)
II. Neoplasias	12,0% (228)	7,2% (162)	9,2% (147)	9,4% (537)
III. Doenças do sangue e dos órgãos Hematopoiéticos	1,6% (29)	1,6% (37)	2,9% (46)	2,0% (112)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8,4% (159)	11,2% (252)	10,5% (169)	10,1% (580)
V. Transtornos mentais e comportamentais	11,5% (218)	13,6% (304)	12,5% (201)	12,6% (723)
VI. Doenças do sistema nervoso	8,2% (156)	8,6% (193)	7,5% (121)	8,2% (470)
VII. Doença do olho e anexos	6,0% (112)	5,1% (114)	8,7% (138)	6,3% (364)
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,4% (8)	0,4% (9)	0,1% (18)	0,3% (35)
IX. Doenças do aparelho circulatório	11,1% (211)	11,8% (265)	10,7% (171)	11,3% (647)
X. Doenças do aparelho respiratório	8,8% (166)	8,8% (197)	6,9% (111)	8,2% (474)
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,6% (50)	3,2% (71)	4,2% (67)	3,3% (188)
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3,5% (67)	3,0% (67)	3,7% (59)	3,3% (193)
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	13,3% (252)	12,6% (282)	13,2% (212)	13,0% (746)
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3,6% (69)	5,1% (115)	3,6% (57)	4,2% (241)
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	0,1% (2)	0,1% (1)	0,1% (3)
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2,4% (45)	1,2% (29)	0,8% (13)	1,5% (87)
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2,1% (40)	1,2% (26)	1,3% (21)	1,5% (87)
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0,9% (18)	1,2% (26)	0,9% (15)	1,0% (59)
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas	0,9% (18)	1,5% (34)	1,3% (22)	1,3% (74)
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,5% (9)	0,5% (12)	0,3% (6)	0,5% (27)
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0,3% (5)	0,1% (2)	0,3% (5)	0,2% (12)
<b>Total</b>	<b>32,9%</b> <b>(1895)</b>	<b>39,0%</b> <b>(2243)</b>	<b>28,1%</b> <b>(1620)</b>	<b>100%</b> <b>(5758)</b>

## **10.2. NOTA À IMPRENSA**

## **A Judicialização da saúde pública no estado do Paraná: rumo ao colapso do SUS.**

Desde 1990, momento em que muitos pacientes HIV positivos buscaram a justiça para ter acesso gratuito a seus tratamentos, a população brasileira encontrou no poder judiciário uma forma rápida de acesso a medicamentos, tratamentos e demais itens de saúde, os quais não são fornecidos pelo SUS. Esse não fornecimento ocorre por falhas na organização do sistema, mas também pela busca por novos tratamentos e tecnologias disponíveis.

Pesquisa realizada pela mestrandia Daniele Ramos de Lima do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande mostrou que no Paraná, utilizando dados do Tribunal de Justiça, mostrou que os pacientes, em sua maioria mulheres, buscam na justiça principalmente o fornecimento de medicamentos não constantes na RENAME, mas também são solicitados exames, tratamentos especializados, suplementos alimentares e outros itens em saúde. Essas ações são na quase totalidade, favoráveis aos pacientes. Essa situação está acontecendo em todo o país, e caso não sejam elaboradas estratégias de controle, será iminente o colapso do SUS em decorrência do elevado custo desta judicialização.

## **11. ANEXOS**

## 11.1 Anexo 1

<b>ANEXO 1 - Principais pontos levantados no que se refere à judicialização e frequência</b>	
<b>A favor</b>	<b>Contra</b>
<b>Em termos de ações efetivas e seguras</b>	
- A favor quando há omissão de tecnologia já incorporada ao SUS (falha do sistema)	<p>Concessão de tecnologias em fase experimental</p> <p>Concessão de medicamentos sem registro na ANVISA</p> <p>A maioria dos produtos lançados no mercado não apresenta ganhos ou vantagens terapêuticas em relação aos já existentes, além de possuir custo mais elevado</p> <p>Constituem meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o SUS, impondo o uso de tecnologias sem avaliação prévia detalhada (incorporação acrítica)</p> <p>Tecnologias sem evidência científica comprovada</p> <p>A Judicialização não leva em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do MS Tecnologia inadequada ao tratamento – <i>off label</i></p> <p>Crescente número de ações judiciais que não concedem apenas a tecnologia demandada como deixam pré-aprovadas as solicitações de outras sem necessariamente recorrer ao judiciário (pedidos em aberto)</p>
<b>Em termos financeiros</b>	
A judicialização existe por uma falha de gestão do Estado e não por falta de recursos financeiros	<p>A judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas</p> <p>Escassez de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde</p> <p>Medicamentos de mesma eficácia, mas optando, geralmente, pela opção mais cara</p> <p>Influência dos interesses corporativos nas ações judiciais</p> <p>Financiamento via judicial é mais oneroso para os cofres públicos do que quando fornecidos pelo próprio sistema</p> <p>Permite múltiplas solicitações a vários entes federativos para a mesma finalidade</p>
<b>Em termos de princípios do SUS</b>	
Obrigação de oferecer assistência farmacêutica e prestações de saúde de alto custo, visto que ela é uma demanda do princípio da integralidade	A Judicialização fere os princípios do SUS, no que se refere à coletividade e à ordem da lista de espera do SUS

O direito coletivo não pode suprimir o direito individual	Privilegia o direito à saúde individual em detrimento do coletivo
Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos experimentais ou não incorporados à lista do SUS	A integridade ilimitada, sem base científica, ética e orçamentária e sem compromisso para com a coletividade, é irracional
Judicialização pode incentivar a criação de políticas públicas	Desconhecimento técnico a respeito das competências do município e sua proximidade com a população levam ao aumento da demanda judicial
A vida não tem preço	O direito à saúde é garantido mediante políticas públicas e não via Judicialização
A saúde não deve ser vista como apenas um direito dos pobres que poderiam litigar em juízo	A maioria dos pedidos é por feita quem tem acesso ao serviço privado
<b>Em termos do papel do judiciário</b>	
Poder judiciário como garantidor do direito à saúde	Dificuldade do judiciário em decidir questões específicas da saúde sem conhecimento técnico
Papel do judiciário frente à omissão do Estado na execução e formulação de políticas públicas	O judiciário não pode corrigir distorções graves do sistema de saúde
Um instrumento quando há iminente risco de morte	Em sua maioria, as tecnologias solicitadas não têm caráter de emergência, ou seja, com risco iminente à vida
A Judicialização é um meio de garantir o direito da população minoritária que possui doenças raras	Os juízes não podem ser vistos como prescritores de medicamentos
Embora ocorram excessos, a via judicial ainda se caracteriza como um instrumento válido de solicitação de medicamentos	As ações judiciais podem causar “Escolhas de Sofia”
Judicialização do direito à saúde não visa a garantir o direito à vida, mas ao princípio da integridade da pessoa humana	

**Fonte: Adaptado de Gomes DF et al., 2014.**

## **12. APÊNDICES**

## 12.1 Apêndice 1: Quadro com artigos selecionados

<b>Quadro 1. Descrição dos artigos identificados com levantamentos de dados de ações judiciais que tratam de temas relacionados ao Sistema Único de Saúde</b>						
<b>Autor e ano</b>	<b>Período</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Local</b>	<b>Banco de Dados</b>	<b>Número de processos</b>	<b>Objetivo</b>
Messeder AM et al., 2005	1991 - 2002	Estudo seccional	Estado do Rio de Janeiro	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	2733 processos	Elaborar uma análise descritiva dos mandados judiciais para fornecimento de medicamentos a pacientes individuais.
Marques SB, Dallari SG, 2007	1997 - 2004	Discurso do Sujeito Coletivo	Estado de São Paulo	Varas da Fazenda Pública do Estado de São Paulo.	31 processos	Analisar como o Poder Judiciário vem garantindo o direito social à assistência farmacêutica e qual a relação do sistema jurídico e político na garantia a esse direito.
Vieira FS, Zucchi P, 2007	2005	Estudo qualitativo e quantitativo	Município de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo,	170 processos	Descrever os efeitos das ações judiciais que requerem o fornecimento de medicamentos, em relação a aspectos da política nacional de medicamentos.
Chieffi AL, Barata RB, 2009	2006	Descritivo	São Paulo – SP	Registro eletrônico das demandas do Sistema de Controle Jurídico (SCJ) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)	2927 processos	Descrever e avaliar demandas judiciais para obtenção de medicamentos.
Borges DCL, Ugá MAD, 2010.	01/05 – 12/06	Documental exploratório de caráter quali-quantitativo	Estado do Rio de Janeiro	Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro em agosto de 2006, e Divisão de Sistemas Judiciais e Extrajudiciais (DSJE) do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	2062 processos	Decisões tomadas pelos juízes de primeira instância refletem a regulamentação da assistência farmacêutica no SUS
Lopes LC et al., 2010	2006 - 2007	Estudo descritivo, transversal,	Estado de São Paulo	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	1220 processos	Avaliar racionalidade do uso de medicamentos antineoplásicos solicitados via judicial.
Ventura M et al., 2010	06/07-06/08		Estado do Rio de Janeiro	Base de dados Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ)	289 processos	Duas variáveis da pesquisa “Judicialização e Saúde Pública: proposta de análise e monitoramento das demandas judiciais individuais para o acesso a medicamentos” – gratuidade de justiça e pedido de liminar

Pepe VLE et al., 2010	2006	Estudo descritivo retrospectivo.		Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	185 processos	Conhecer a demanda individual e local por Medicamentos.
Pereira JR et al., 2010	2003 - 2004	Estudo descritivo e transversal	Estado de Santa Catarina	Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DIAF/SES).	622 processos	Descrever a situação dos processos judiciais impetrados contra o estado de Santa Catarina, determinando fornecimento de medicamentos.
Macedo EI et al., 2011	2005 - 2009	Estudo epidemiológico descritivo, com dados qualitativos	Estado de São Paulo	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo	81 processos	Analisar a solicitação judicial de medicamentos previstos nos componentes da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde.
Machado MAA et al., 2011	2005 a 2006	Descritivo	Minas Gerais	Procuradoria Geral do Estado de Minas Gerais em Belo Horizonte e nas regionais de Juiz de Fora, Uberlândia, Divinópolis e Passos	827 processos	Analisar o perfil dos requerentes e dos medicamentos pleiteados em ações judiciais
Sartori Junior D et al., 2011	03/04 – 12/07	Transversal	Rio Grande do Sul	Bancos de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) e do MS	13 processos	Caracterizar as ações judiciais relativas ao acesso ao tratamento da doença de Fabry por terapia de reposição enzimática.
Biehl J et al., 2012	2002 - 2009		Estado do Rio Grande do Sul	Procuradoria Geral da República, Procuradoria Geral do Estado, Defensoria Pública	1080 processos	Determinar quantidade e caracterizar ações encontradas.
Campos Neto OH et al., 2012	10/99 – 10/09	Descritivo retrospectivo	Minas Gerais	Dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)	6112 processos	Descrever as relações entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica em ações judiciais contra o Estado.
Diniz D et al., 2012	2006- 2010		Nível Federal	Arquivos físicos e eletrônicos do Ministério da Saúde	196 processos	Gastos da judicialização de medicamentos para a mucopolissacaridose.
Marçal KKS, 2012	2009 - 2010		Estado de Pernambuco	Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	665 processos	Analisar o fenômeno da judicialização da Política de Assistência Farmacêutica de Pernambuco
Stamford A, Cavalcanti M, 2012	Janeiro a junho de 2009	Estudo documental descritivo e retrospectivo de	Estado de Pernambuco	Superintendência Estadual de Assistência Farmacêutica de Pernambuco	105 processos	Analisar as decisões do sistema jurídico sobre acesso da população a medicamentos no Sistema Único de Saúde por via judicial quanto a critérios de decisão e eventuais

		abordagem qualitativa e quantitativa.				pressões políticas e econômicas.
Boing A et al., 2013.	2000 a 2006		Santa Catarina	Dados arquivados junto ao Programa de Medicamentos Judiciais (Mejud) na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)	2000: 1 2001: 7 2002: 24 2003: 84 2004: 272 2005: 531 2006: 1661	Relação de medicamentos e/ou insumos solicitados (princípio ativo/nome comercial e quantidade), assim como os gastos da secretaria com cada medicamento, sexo e ao município de residência do solicitante.
Figueiredo TA et al., 2013	07/07 – 06/08	Estudo transversal retrospectivo	Município do Rio de Janeiro	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro	281 processos	Analisar os medicamentos presentes nas demandas judiciais
Medeiros M et al., 2013	02/06 – 12/10		Nível federal	Arquivos do Ministério da Saúde	196 processos	Verificar se a judicialização de medicamentos para o tratamento das Mucopolissacaridoses é um fenômeno de classe.
Travassos, DV et al., 2013	2009	Transversal	Pernambuco Rio Grande do Sul e Minas Gerais	Acórdãos dos sítios eletrônicos dos Tribunais de Justiça dos estados de Pernambuco (PE), Rio Grande do Sul (RS) e Minas Gerais (MG)	PE: 86 RS: 3464 MG: 1681	Descrever e comparar registros de três tribunais brasileiros quanto às características e resultados das ações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)
Coelho TL et al., 2014	1999 - 2009	Estudo descritivo retrospectivo	Minas Gerais	Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais	5072 processos	Investigar fatores relacionados ao deferimento de liminares por medicamentos.
Diniz D et al., 2014.	Maio de 2005 a setembro de 2010		Distrito Federal	2ª Vara de Fazenda Pública Privativa do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	385 processos	% Vaga em UTI na Rede privada de Saúde; Medicamentos; Assistência médica; Produtos para saúde; Custos com atendimento na rede privada; Alimentos; Tipos específicos de instalação; Vaga em UTI na Rede Pública de Saúde

Gomes FFC. et al., 2014	22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009	Descritivo retrospectivo	Minas Geras	Cadastro da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	783 processos	Investigar as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Estado de Minas Gerais, Brasil, classificando-os pela Tabela Unificada do SUS e pela Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
Wang DW et al., 2014	2011		São Paulo – SP	Dados disponibilizados pelo município em sítio eletrônico, dados do Núcleo de Ação das Demandas Especiais (Demande), publicações do Diário Oficial da cidade.		Contabilizar o gasto do município para cumprimento de ordens judiciais que determinam o fornecimento de bens de saúde
Asensi FD et al., 2015	2000 - 2012		Estado do Rio de Janeiro	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	22 processos	Analisar a prática da medicina preventiva, no que concerne à vacinação,
Dias PRP, 2015	2009 - 2011	Estudo descritivo, de base documental, quali-quantitativa	Minas Gerais	Tribunal de Justiça de Minas Gerais	186 processos	Levantamento dos mandados de segurança impetrados no estado de Minas Gerais, para pleitear suplementos alimentares.
Lima JA et al., 2015	2010 - 2012	Estudo descritivo, epidemiológico e analítico com abordagem quali-quantitativa.	Região Sul e Nordeste do Brasil	SISCAWEB/MS	394 processos	Identificar a relação entre cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o aumento de ações judiciais de insulinas análogas nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.
Nascimento CB, 2015	2010	Estudo descritivo	Distrito Federal	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	375	Verificar-se a ocorrência de demandas na área de álcool e drogas e os desafios enfrentados para tornar a saúde pública efetiva aos usuários
Santos-Pinto CDB, Osório de Castro CGS, 2015	2008 a 2011	Transversal	27 Comarcas de Mato Grosso do Sul	Dados obtidos diretamente nos processos judiciais	1825 processos	Indicadores do Manual de indicadores para avaliação e monitoramento de demandas judiciais (PEPE, 2011) em processos de demandas de saúde

Trevisan LM et al., 2015	2001-2010	Retrospectivo e observacional	Rio Grande do Sul	Ações Municipais, estaduais e federais	19 processos	Caracterizar o uso da via judicial para obter tratamento para fenilcetonúria (PKU) no estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil
Biehl J et al, 2016	2008		Estado do Rio Grande do Sul	Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	1262 processos	Desmitificar a questão apresentada no jornal "Folha de São Paulo" de que a judicialização da saúde é dirigida por elites urbanas e interesses privados.
Gotlieb V et al., 2016	1994 - 2013		Argentina	Corte Suprema da Justiça Argentina	125 processos	Explorar o perfil do litigio judicial por acesso à atenção à saúde
Nunes CFO, Ramos Júnior AN, 2016	1998 - 2012	Estudo transversal quantitativo e descritivo	Estado do Ceará	Sistema Judiciário Estadual e Federal	965	caracterizar a judicialização do direito à saúde no Estado Ceará, dimensionando a sua magnitude e descrevendo o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias e dos objetos demandados.
Zago B et al., 2016	2007 a 2012	Estudo retrospectivo, quali-quantitativo, descritivo e transversal	13 municípios do meio-oeste de Santa Catarina	Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina,	175	Estudar sua ocorrência em treze municípios de pequeno porte no Meio-Oeste de Santa Catarina, sul do Brasil, no período de 2007 a 2012, analisar os aspectos bioéticos relacionados e propor soluções
Chieffi AL et al, 2017	2010-2014	Estudo descritivo	Estado de São Paulo	Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo	56345 processos	Determinar quantidade e caracterizar ações encontradas.
Lisboa ES, Souza LEPF, 2017	2010 - 2013		Estado da Bahia	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	149	Identificar e analisar, com base nas petições iniciais ou nas sentenças proferidas, as motivações que levaram as pessoas a recorrerem ao Poder Judiciário para exigir do estado da Bahia o fornecimento de insulinas análogas.
Paim LFNA et al., 2017	2004 - 2015	Estudo descritivo e analítico	Município de Antônio Prado - RS	Sistema de gerenciamento de dispensação estadual Administração de Medicamentos (AME) e Sistema de Gestão Municipal (GEMUS).	186	Estimar o custo e a economia da aquisição de medicamentos fornecidos por meio de ação judicial, considerando a aquisição de medicamentos de referência, genérico e similar.

Silva EM et al., 2017	09/14 – 08/16	Estudo qualitativo e quantitativo	Distrito Federal	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal,	244	Analisar o perfil do gasto da saúde pública no Distrito Federal com medicamentos não- padronizados,
--------------------------	------------------	---	---------------------	---	-----	---



<p><b>16. SE RESPOSTA questão 15=1 (medicamentos):</b></p> <p>Nome: _____ RENAME (1) Sim (2) Não <b>Ren1: ____</b></p> <p>Nome: _____ RENAME (1) Sim (2) Não <b>Ren2: ____</b></p> <p>Nome: _____ RENAME (1) Sim (2) Não <b>Ren3: ____</b></p> <p>Nome: _____ RENAME (1) Sim (2) Não <b>Ren4: ____</b></p> <p>Nome: _____ RENAME (1) Sim (2) Não <b>Ren5: ____</b></p>	
<p><b>17. Doença ou agravo alegado pelo demandante – CID 10 _____</b></p> <p>_____</p>	<p><b>CID1 _____</b></p> <p><b>CID2 _____</b></p>
<p><b>18. Classificação por capítulo CID-10</b></p> <p>(1) Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias</p> <p>(2) Capítulo II - Neoplasias [tumores]</p> <p>(3) Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários</p> <p>(4) Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</p> <p>(5) Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais</p> <p>(6) Capítulo VI - Doenças do sistema nervosa</p> <p>(7) Capítulo VII - Doenças do olho e anexos</p> <p>(8) Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide</p> <p>(9) Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório</p> <p>(10) Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório</p> <p>(11) Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo</p> <p>(12) Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo</p> <p>(13) Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</p> <p>(14) Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário</p> <p>(15) Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério</p> <p>(16) Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal</p> <p>(17) Capítulo XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas</p> <p>(18) Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte</p> <p>(19) Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas</p> <p>(20) Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade</p> <p>(21) Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde</p> <p>(22) Capítulo XXII - Códigos para propósitos especiais</p>	<p><b>CCID1 ____</b></p> <p><b>CCID2 ____</b></p>
<p><b>Data do acórdão: ____/____/____</b></p>	