

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

ERIKA SALVIANO BARROS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS IMPETRANTES DAS
DEMANDAS JUDICIAIS NA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2020

ERIKA SALVIANO BARROS

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS IMPETRANTES DAS
DEMANDAS JUDICIAIS NA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Vaz

Recife

2020

B277a Barros, Erika Salviano
Avaliação do perfil socioeconômico dos impetrantes das demandas judiciais na saúde do estado de Pernambuco / Erika Salviano Barros. - 2020.
51 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Vaz.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.
Inclui referências.

1. Judicialização da saúde. 2. Direito à saúde. 3. Acesso à saúde. I. Vaz, Paulo Henrique (Orientador). II. Título.

330 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 081)

ERIKA SALVIANO BARROS

AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS IMPETRANTES DAS
DEMANDAS JUDICIAIS NA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 30/03/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique Vaz (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Roberta de Moraes Rocha (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Rafael da Silva Vasconcelos (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus, que me guia e ilumina.

Aos meus pais, pelo amor incondicional

A minha filha, razão da minha vida

A minhas irmãs, pelo incentivo e carinho

A meu marido, pela compreensão e carinho

A meu cunhado Gustavo, pelo incentivo, apoio
e paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre me iluminar e proteger durante a minha caminhada.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela educação, pelo incentivo. Exemplos de caráter e admiração.

A minha filha, amor puro e verdadeiro.

Ao meu marido pela paciência e compreensão.

A minhas irmãs e sobrinhos pelo amor, força e incentivo.

Ao meu cunhado Gustavo, por sempre me apoiar, incentivar, ajudar e acreditar em mim.

A família Veloso e Belo, por cuidar da minha filha na minha ausência, por todo amor, carinho e incentivo.

A tia Virginia Veloso e a prima Regina Coeli, que com suas experiências no exercício da advocacia puderam me ajudar e ensinar.

A meu orientador, pela compreensão, paciência, incentivo e orientação. Registro aqui meu agradecimento, meu respeito e carinho.

Agradeço a todos e todas que contribuíram de diferentes formas para conclusão de mais um ciclo da minha vida.

RESUMO

A Constituição vigente prevê expressamente o Direito à saúde. A sua implementação ocorre por meio da prestação da atividade estatal, mas também da atuação da iniciativa privada. Considerando a importância deste direito, ao tê-lo lesado, o indivíduo procura o judiciário com a finalidade de efetivá-lo. Este fenômeno chama-se judicialização da saúde que vem crescendo de forma expressiva, tornando relevante identificar quem são tais litigantes que procuram o Judiciário. Diante disso, elegeu-se como objetivo para esse trabalho, analisar o perfil socioeconômico de quem propõe ações judiciais sobre o direito à saúde em Pernambuco no ano de 2016 a partir da coleta de dados secundários obtidos junto ao Tribunal de Justiça de Pernambuco e RAIS (Relação Anual de Informação Social). Mediante a posse dessas informações utilizou-se técnicas de regressão a fim de se observar desvios de variáveis de interesse em relação à média comparando-se indivíduos com acesso à justiça presentes no mercado formal de trabalho com aqueles que não entraram com demanda judicial para garantir o seu direito à saúde. Ao cruzar os dados da justiça de Pernambuco com a RAIS no ano de 2016, 4776 ações judiciais referentes à saúde, foram obtidas 1593 processos ajuizados por trabalhadores formais, com prevalência do sexo feminino (60%), raça branca (28%), a faixa etária que mais predominou foi a partir do 50 anos, 68% dos impetrantes apresentavam nível superior completo ou mais e em todas as categorias de renda houve representação da população com prevalência no grupo que recebe acima de dez salários mínimos. Ao utilizar o modelo de regressão (logit), verificou-se que o sexo masculino se correlaciona negativamente com a probabilidade de acesso à justiça e que a raça branca, idade elevada, grau de instrução elevado, e a renda elevada tem significância positiva. Portanto constata-se que o acesso ao judiciário, bem como as ações relacionadas a saúde sofre influência de fatores, como sexo, cor, escolaridade e renda, ou seja, há uma correlação entre o perfil das pessoas que procuram o judiciário em busca de efetivar o direito à saúde, de modo a compreender que as demandas judiciais no âmbito da saúde pública e privada do Estado de Pernambuco favorece um grupo determinado que não é o mais vulnerável socialmente. Sendo necessário mais estudos a nível nacional para que se possa conhecer o perfil dos usuários de saúde que supostamente tiveram o seu direito à saúde violado e questionaram na justiça com a finalidade de auxiliar nas atividades preventivas, bem como na identificar as falhas do sistema como um todo.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Direito à saúde. Acesso à justiça.

ABSTRACT

The Constitution in force expressly provides for the right to health. The implementation of the Right to Health occurs through the provision of state activity, but also the performance of the private sector. Considering the importance of this right, when having his right injured, the individual seeks the judiciary to make it effective. This phenomenon is called the judicialization of health, which has been growing significantly, making it relevant to identify who are these litigants who seek the Judiciary. Therefore, the objective of this work was to analyze the socioeconomic profile of those who propose lawsuits on the right to health in Pernambuco in 2016, based on the collection of secondary data obtained from the Court of Justice of Pernambuco and RAIS. Through the possession of this information, regression techniques were used to observe deviations of variables of interest about the average comparing individuals with access to justice present in the formal labor market with those who did not file a lawsuit to guarantee their right to health. When crossing the data from the Pernambuco justice system with RAIS in 2016, 4776 lawsuits related to health, 1593 lawsuits filed by formal workers were obtained, with prevalence of females (60%), white race (28%), the most prevalent age group was from the age of 50, 68% of the plaintiffs had completed higher education or more and in all income categories there was representation of the population with prevalence in the group receiving more than ten minimum wages. When using the regression model (logit), it was found that the male gender is negatively correlated with the probability of access to justice and that the white race, high age, high education level, and high income have positive significance. Therefore, it appears that access to the judiciary, as well as health-related actions, is influenced by factors such as sex, color, education and income, that is, there is a correlation between the profile of people who seek the judiciary in order to effect the right to health, in order to understand that the judicial demands in the scope of public and private health in the State of Pernambuco favor a determined group that is not the most socially vulnerable. More studies are needed at the national level to be able to know the profile of health users who allegedly had their right to health violated and questioned in court in order to assist in preventive activities, as well as to identify system failures as a whole.

Keywords: Health's Judicialization. Right to health. Access to justice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Histograma comparativo do sexo de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo.....	36
Figura 2 -	Histograma comparativo da faixa etária de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo.....	37
Figura 3 -	Histograma comparativo da raça de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo.....	38
Figura 4 -	Histograma comparativo do grau de instrução de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS com um todo.....	39
Figura 5 -	Histograma comparativo da renda de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados da RAIS Nordeste 2016	34
Tabela 2 -	Dados da RAIS Pernambuco 2016.....	34
Tabela 3 -	Perfil Socioeconômico dos impetrantes assalariados em 2016.....	35
Tabela 4 -	Demonstrativo do número de requerentes de acordo com a renda.....	40
Tabela 5 -	Resultado da Regressão Logística(logit).....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF	Constituição Federal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LOGIT	Modelo de Regressão Logística
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NPU	Numeração Processual Única
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.2	Objetivos.....	14
1.2.1	Objetivo Geral	14
1.2.2	Objetivos Específicos	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Acesso à justiça e judicialização à saúde	15
2.2	Perfil da Judicialização	23
3	METODOLOGIA	32
4	RESULTADOS E DISCURSSÃO.....	34
5	CONCLUSÕES	45
	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, promulgada dentro um contexto de reabertura democrática no Brasil, consagrou em seu texto constitucional diversos direitos, entre eles destaca-se o direito à saúde, previsto no artigo 196 da Lei Maior, que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido, mediante políticas socioeconômicas, no intuito de proporcionar a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No mesmo sentido, é importante mencionar que os recursos são limitados, o que consequentemente exige que o aporte financeiro destinado à promoção de políticas públicas seja extremamente bem planejado e executado conforme a programação prévia realizada pelos entes federativos competentes.

No entanto, o Direito à Saúde não se concretiza somente por meio da prestação da atividade estatal. Nesse sentido, embora a Administração Pública brasileira tenha o dever de oferecer serviços públicos ligados a saúde, tal direito também se implementa por meio da atuação da iniciativa privada, seja na modalidade de Saúde Complementar e Suplementar. Na primeira hipótese, a iniciativa privada presta o atendimento a serviço do Estado, por intermédio do Sistema Único de Saúde. Na segunda, a atuação da iniciativa privada dá-se de forma independente em relação ao Estado, vinculada diretamente ao usuário, porém sujeita a normas específicas e à fiscalização de uma agência reguladora em face da indisponibilidade do interesse tratado.

Apesar dos avanços no acesso à saúde no país, ainda, observa-se a ocorrência de muitas dificuldades a fim de suprir todas as necessidades provenientes das pessoas, ou seja, há indisponibilidade de medicamentos e terapias. Diante de tal contexto, é possível constatar o crescimento de um fenômeno consistente na propositura de demandas judiciais que tem como objeto o fornecimento de medicamentos e tratamentos, com o fim último de promoção do direito à saúde, denominado de judicialização à saúde.

O fenômeno da judicialização à saúde expressa reivindicações para promoção de direitos de cidadania previstos não só na legislação constitucional, mas também infraconstitucional destacando a Lei orgânica nº 8080 / 90. Cabe ainda mencionar que no plano internacional, também há ampla afirmação da garantia do direito à saúde.

Considerando a ampla complexidade e a reiteração das demandas judiciais envolvendo saúde, no âmbito público e particular, é relevante identificar quem são tais litigantes que procuram o Judiciário requerendo serviços e produtos de saúde, haja vista não existir um

estudo com este tipo de levantamento, pois nas ações não é obrigatório colocar algumas informações, tais como, grau de instrução, renda. Isto justifica a relevância da pesquisa na medida em que, conhecer o perfil dos usuários de saúde que supostamente tiveram o seu direito à saúde violado e questionaram na justiça auxilia nas atividades preventivas, bem como na identificação das falhas do sistema como um todo.

Diante disso, elegeu-se como objetivo geral para esse trabalho, analisar o perfil socioeconômico de quem propõe ações judiciais sobre direito à saúde em Pernambuco.

O presente estudo foi estruturado da seguinte maneira. Inicialmente a introdução aborda um panorama geral sobre o direito à saúde e as causas que favorecem a judicialização no Brasil. Por sua vez, no primeiro capítulo são traçados os objetivos que são: a avaliação do o perfil socioeconômico (gênero, faixa etária, grau de escolaridade, renda) dos cidadãos impetrantes e seus impactos na probabilidade de acesso à justiça, como também a reflexão do papel do acesso à justiça na efetivação do direito à saúde.

O segundo capítulo foi dividido em duas seções. Na primeira seção foi trabalhado o acesso à justiça e a judicialização da saúde e na segunda delineou-se o perfil da judicialização de saúde. Em seguida, no terceiro capítulo procurou-se analisar o perfil socioeconômico de quem propõe ações judiciais sobre o direito à saúde em Pernambuco no ano de 2016 através do cruzamento da coleta de dados secundários obtidos junto ao Tribunal de Justiça de Pernambuco com a RAIS, mediante a posse dessas informações utilizou-se técnicas de regressão com o intuito de observar desvios de variáveis de interesse em relação à média comparando-se indivíduos com acesso à justiça presentes no mercado formal de trabalho com aqueles que não entraram com demanda judicial para garantir o seu direito à saúde.

No último capítulo, apresentaram-se os resultados e discussão, o qual foi observado que das 4776 ações judiciais referentes à saúde, foram obtidos 1593 processos ajuizados por trabalhadores formais, com prevalência do sexo feminino (60%), raça branca (28%), a faixa etária que mais predominou foi a partir do 50 anos, 68% dos impetrantes apresentavam nível superior completo ou mais e em todas as categorias de renda houve representação da população com prevalência no grupo que recebe acima de dez salários mínimos. Ao utilizar o modelo de regressão (logit), verificou-se que o sexo masculino se correlaciona negativamente com a probabilidade de acesso à justiça e que a raça branca, idade elevada, grau de instrução elevado, e a renda elevada tem significância positiva.

Por fim, na conclusão apontou-se que o acesso ao judiciário, bem como as ações relacionadas a saúde sofre influência de fatores, como sexo, cor, escolaridade e renda, ou seja, há uma correlação entre o perfil das pessoas que procuram o judiciário em busca de efetivar o

direito à saúde, de modo a compreender que as demandas judiciais no âmbito da saúde pública e privada do Estado de Pernambuco favorece um grupo determinado que não é o mais vulnerável socialmente. Sendo necessário mais estudos sobre o perfil da população para auxiliar num planejamento de atividades preventivas, bem como na identificação de falhas no sistema.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a partir da coleta de dados secundários obtidos junto ao Tribunal de Justiça de Pernambuco e a RAIS, qual o perfil socioeconômico de quem propõe ações judiciais sobre direito à saúde em Pernambuco.

1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o perfil socioeconômico (gênero, faixa etária, grau de escolaridade, renda) dos cidadãos impetrantes e seus impactos na probabilidade de acesso à justiça;
- Refletir criticamente o papel do acesso à justiça na efetivação do direito à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acesso à justiça e judicialização da saúde

No período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, a população ocidental como um todo tem assistido uma expansão do Poder Judiciário e uma consequente influência de tal esfera de poder na vida política e relações sociais. Aos poucos a cultura jurídica positivista, vai cedendo espaço para o Neoconstitucionalismo que coloca o texto constitucional como fundamento de validade de todo o ordenamento jurídico e também contempla em toda uma base principiológica voltada a proteção do ser humano, da vida e da dignidade da pessoa humana (ARAÚJO, 2019).

Dada a possibilidade da maioria política impor normas que violem direito e garantias fundamentais, os direitos humanos passaram a ser previstos expressamente nas Constituições, bem como, assumiram a função limitadora do legislador infraconstitucional, com o fim último de evitar as atrocidades outrora praticadas. No presente contexto, observa-se o enfraquecimento do Executivo e o surgimento de um Judiciário que se afasta da neutralidade para atuar na concretização de direitos fundamentais (SARMENTO, 2010).

Com o processo contínuo de complexidade das relações sociais, o Judiciário surge como uma aparente alternativa para resolução de conflitos políticos e também como um meio de postulação que supostamente supre as necessidades individuais sem necessariamente mover a esfera política coletiva da sociedade.

Além da postura intervencionista, a Constituição de 1988 contemplou o princípio da inafastabilidade da jurisdição, de modo que nenhuma violação ou ameaça à direito pode ter a apreciação judicial tolhida. O acesso à justiça é realizado por meio do exercício do direito de ação via Poder Judiciário. (VENTURA et al., 2010). Assim, em decorrência da inafastabilidade da jurisdição, nos termos da CF/88, todo indivíduo, brasileiro ou estrangeiro, possui o direito fundamental de acesso à justiça, ainda que não possa custear um advogado ou arcar com custos e honorários judiciais.

A concretização do dever estatal de garantir assistência jurídica gratuita, se concretiza não só pela isenção de custas judiciais e honorários de sucumbência, mas também pela criação da Defensoria Pública dos Estados e da União. Isto posto, o defensor público é independente para atuar na defesa dos interesses do cidadão, devendo, inclusive, agir contra o próprio Estado sem receber qualquer punição. Ainda, entre suas atribuições, cabe a ele representar, de uma só vez, ações coletivas perante o Poder Judiciário ou fora dele. (BRASIL, 2019).

De acordo com Scaff (2011), apesar de todos possuírem o direito de acesso à justiça, na prática, não é um direito igualitário, pois quem bate nas portas do Judiciário são aqueles que possuem maior renda e educação.

Dentro de todo esse contexto de judicialização das relações sociais, cabe mencionar que foi durante o período de redemocratização do país que o debate de universalização do direito à saúde ganhou força em meio ao Movimento Sanitarista (ARAUJO, 2019).

Com a Constituição de 1988, a saúde foi consagrada como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A igualdade de acesso às políticas públicas que a promovem e protegem está entre os seus maiores avanços em relação ao paradigma anterior, em que apenas poderia usufruir da rede pública de saúde aquele trabalhador filiado a um sistema próprio de previdência ou ao sistema formal de emprego (BRASIL, 1988).

Importante ressaltar que, a saúde está intimamente ligada ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana, este consta no artigo 1º da CF/88 como fundamento do Estado Democrático de Direito, tornando-se um verdadeiro alicerce para a existência de outros direitos, faz com que sem ela o ser humano jamais atingisse a plenitude e conseguisse viver em situação de bem estar perante a sociedade. Sendo dever do Poder Público preservá-lo, efetivá-lo e torná-lo acessível à toda população, como forma de garantia à execução dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano (DIAS, 2015).

Em 1990, surgiu a Lei nº 8.080, que veio com a finalidade de regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seus princípios doutrinários, a Universalidade, a Integralidade da assistência e a Igualdade, assim como seus princípios organizativos, a descentralização, a regionalização e a hierarquização (BRASIL, 1990).

Quanto ao conceito da Universalidade do acesso se entende que "a saúde é direito de todos", de forma que muitos cidadãos que estavam à margem do sistema de saúde passaram a fazer jus aos cuidados, tornando o SUS uma das maiores políticas de inclusão da história do País. No tocante ao princípio da Integralidade, traduz-se como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade dos sistemas através de hierarquia entre patamares diferenciados da atenção básica. Diz respeito aos tipos e ações e serviços necessários, considerando o atendimento prestados nos diferentes níveis de complexidade. No âmbito individual implica na disposição de meios para efetivar o cuidado com a oferta de

consulta, diagnóstico, internação e tratamento de forma integrada. Em relação a Igualdade, este princípio estabelece a necessidade de se excluir qualquer tipo de discriminação ou privilégios que interfiram no acesso da população à assistência à saúde, realizando intervenções que possibilitem a adoção de tratamento diferenciado a fim de reduzir e eliminar as desigualdades existente entre os diferentes estratos populacionais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Esta Lei também tem como objetivo estabelecer as ações e os serviços de saúde e a alocação de recursos no país, o que leva ao fortalecimento dos direitos sociais, por meio da assistência terapêutica e à incorporação de tecnologia em saúde. No que diz respeito a assistência terapêutica integral, encontra-se incluído neste tópico a dispensação de medicamentos e produtos de interesse a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para doenças e agravo de saúde a ser tratado ou quando não existir, apoiar-se nas relações de medicamentos instituídos pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde ou de forma suplementar, pelos gestores estaduais e municipais (BRASIL, 1990).

Assim como também estabelece que compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária (BRASIL, 1990).

O Direito à Saúde não se concretiza somente por meio da prestação da atividade estatal. Nesse sentido, embora a Administração Pública brasileira tenha o dever de oferecer serviços públicos ligados a saúde, tal direito também se implementa por meio da atuação da iniciativa privada, seja na modalidade de Saúde Complementar e Suplementar. Logo, no Brasil, a atual configuração de ordem social constitucional permite que coexistam, de forma independente, uma rede pública e uma privada de assistência à saúde (FIGUEREDO, 2012). Aquela tem como princípios o acesso universal e a cobertura ilimitada, já a saúde suplementar, as pessoas contratam os serviços de saúde, com cobertura prevista no contrato segundo as normas previamente estabelecidas.

O direito à saúde possui duas dimensões que se completam: o direito social, conforme previsão do art. 6º da CF; assim como o direito de caráter individual, podendo ser judicializado em busca de sua efetivação, em vista do princípio da inafastabilidade da jurisdição e do direito à vida, o que está em consonância com entendimento predominante no âmbito do STF (ECONOMIA DOS SERVIÇOS, 2016).

No aspecto social, o direito à saúde é implementado por meio de políticas públicas, com a atuação marcante do SUS nesse cenário. No artigo 199 da CF/88, diz que a iniciativa privada pode

prestar assistência à saúde de forma complementar ao SUS, porém na prática, é o contrário, devido à inaptidão da rede pública de saúde para prestar um serviço abrangente e de qualidade. Sob o prisma individual, o direito à saúde é um direito público subjetivo, devendo ser realizado na maior medida possível, de forma a garantir-se a universalidade de sua fruição básica. A garantia de serviços de saúde a alguns, em detrimento de outros, fere o princípio da isonomia. De acordo com esse princípio, todos devem ser tratados de forma igual, desde que não haja uma razão suficiente que permita a diferenciação (BUISSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018).

A despeito de toda a legislação constitucional e infraconstitucional existente, os direitos não se efetivam sem recursos. Cabe mencionar que ao passo que a população cresce, devido ao aumento da expectativa de vida, a tecnologia avança, mais direitos são garantidos e estes demandam recursos para que abandonem o plano do “dever ser” e incorpore a realidade da população.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se volta a proporcionar à população direitos sociais, o Estado se depara com uma realidade complexa, que dificulta o atendimento a determinadas ações, tais como: base territorial, densidade demográfica extensa, diversidade cultural, econômica, social e epidemiológica (ALMEIDA; MELO; SOUZA, 2011).

No ranking anual de eficiência de sistemas nacionais de saúde, editado pela agência de negócios Bloomberg, o Brasil encontra-se entre os últimos colocados desde 2008, isto significa que os recursos não são bem empregados (ECONOMIA DOS SERVIÇOS, 2016).

Nos países que possuem sistemas nacionais de saúde, estes gastam em média de 7% a 8,5% de seu Produto Interno Bruto (PIB) com a Saúde. No Brasil, a renda revertida para tal finalidade é de apenas 3,6%. E ainda há evidências do mau investimento desses recursos. No entanto, entre os principais desafios a serem enfrentados pelo SUS está seu subfinanciamento, sendo evidente a ausência de serviços de qualidade a todos os cidadãos; assim como, dificuldades no acesso a determinados procedimentos, como exames mais complexos e medicamentos com alto custo de produção (SANTOS, 2010).

Quando o poder Executivo não administra bem os recursos, nem o Legislativo tem eficiência na elaboração de legislações que garantam a efetivação de seus direitos, não resta outra alternativa do que as pessoas recorrerem ao Poder Judiciário ensejando a judicialização das políticas públicas (COSTA, 2018).

A judicialização da saúde pode abranger tanto a saúde pública quanto a privada, no âmbito complementar e suplementar. Pode se referir a aspectos envolvendo reparação por eventuais ações e omissões, bioética e acesso a serviços médicos e tratamentos (COSTA, 2018).

No âmbito privado este fenômeno supracitado surge quando o indivíduo mesmo podendo utilizar do serviço prestado pelo Estado, tem a possibilidade de optar por uma suplementação do serviço, não perdendo o direito de usufruir do SUS (COSTA, 2018).

A insuficiência na prestação do direito à saúde mediante políticas públicas causam a uma massificação das tutelas jurídicas no campo da saúde. Diante dos novos contornos do direito à saúde e dos mecanismos judiciais postos à disposição do cidadão para efetivá-lo, observa-se um elevado crescimento do número de demandas judiciais que obrigam o Poder Público a fornecer bens e serviços de saúde; resultando no fenômeno da judicialização da saúde. Este vem sendo visto com clareza no campo da saúde pública, pois é justamente nele que a judicialização ganha maior expressão, com acentuado número de demandas judiciais, iniciando-se na década de 90 com os medicamentos antirretrovirais para o tratamento dos portadores do vírus HIV (ARAUJO, 2019). Após estas reivindicações de acesso ao tratamento da AIDS, que serviu de marco inicial na judicialização de saúde no Brasil, outros grupos de pacientes ou até mesmo um único paciente passaram a lutar na justiça pelo direito a medicamentos. Pessoas de todas as classes sociais estão se mobilizando para ter acesso continuo a medicamentos cobertos por programas governamentais, mas que não estão disponíveis essas pessoas, ou a tratamentos especializados ainda não incluídos nas listas oficiais (BIHEL; PETRYNA, 2016).

Assiste-se no cenário nacional a proliferação de ações judiciais no sentido de concretizar o direito à saúde, às vezes com decisões não muito criteriosas, na medida em que determinam que o Poder Público forneça o que for pedido, inclusive medicamentos que não tiveram a eficácia comprovada, desconsiderando a dimensão coletiva do assunto. (ARAUJO, 2019).

Um levantamento do Ministério da Saúde mostra que, desde 2010, houve um aumento de 727% nos gastos da União com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais (UPRIMNY; GUARIZO, 2005).

Os dados são alarmantes. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a verba empregada para os gastos com a judicialização da saúde é bilionária e corre-se o risco de se estabelecer um colapso no sistema público de saúde.

Entre o período de 2008 a 2017, o número de demandas judiciais relativas à saúde teve um crescimento de 130%(CNJ, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde, em sete anos houve um aumento de treze vezes com os gastos relacionados a demandas judiciais, causando um impacto na política de compras de medicamentos, um dos itens que mais tem ação judicial (CNJ, 2019).

Segundo Ferraz e Wang (2014), o indiscriminado deferimento de tudo o que se postula em nome do direito à saúde causa um enfraquecimento do SUS, uma vez que abre duas portas distintas: uma para o usuário que observa o fluxo do sistema, e outra para aquela parcela da população que, acreditando jamais necessitar acessar o sistema, ingressa em Juízo quando esgotadas as possibilidades do seu plano de saúde ou do seu capital privado, requerendo medicamentos ou tratamentos fornecidos pelo SUS.

Se há determinação judicial que demande gasto público, efetuam-se cortes de recursos que seriam utilizados no atendimento de programas de saúde para o atendimento do provimento jurisdicional, ou seja, o que se dá a um, de outro se tira. Esta distribuição desordenada de benefícios, além de atingir a um número muito pequeno de beneficiários, vulnera as políticas existentes em favor da coletividade (SCAFF, 2010; BUISSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018), desrespeitando à reserva do possível e ao planejamento orçamentário anual (NUNES; MARRARA, 2010).

Há também outras ponderações sobre os efeitos negativos do fenômeno da judicialização da saúde, tais como: à segurança do paciente em razão de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, e, em especial, na prescrição de “novos” medicamentos e/ou “novas” indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas. Tais fatos podem favorecer a introdução e utilização de novas tecnologias de forma acrítica, e, por vezes, sob forte influência da indústria farmacêutica. É importante destacar que parte dos medicamentos “novos” não representa real ganho em eficácia terapêutica, mas podem, inclusive, adicionar eventos adversos inesperados. O uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados (uso off label) pode também significar riscos à saúde (PEPE et al., 2010). Assim como, vazios assistenciais, em situações que as doenças que não têm protocolos clínicos elaborados pelos SUS e mercantilização da saúde (MACHADO; DAIN, 2012).

Faz-se imperioso destacar que ao judicializar a saúde, pode-se gerar a indicação de médicos particulares que, ao perceberem que certas demandas de saúde estão sendo

concedidas judicialmente, induzam seus pacientes a requerê-las, sem, de fato, necessitarem de tal procedimento, somente por ser mais vantajoso economicamente (CARLINI, 2012).

Para Marçal (2012), o lado negativo seria o desconhecimento dos juízes da organização do SUS e as decisões judiciais com poucas informações para cumprimento, no entanto o lado positivo da judicialização seria a garantia do direito à saúde, atuação rápida em caso de risco de morte e a não interferência da relação médico-paciente. Nunes e Marrara (2010) também menciona a estimulação da concretização do direito social, em nome da dignidade da pessoa humana; a desestimulação do mau funcionamento do Estado; seja por corrupção, lobby ou pura omissão; a restrição ao esvaziamento de investimento no setor. Estes autores defendem que a judicialização é uma saída para evitar que a população seja prejudicada no caso de dotações voltadas para saúde.

Pode-se observar que a medida que a judicialização tem pontos positivos, ela também gera efeitos negativos.

O que para um autor, a judicialização beneficia pessoas com maior poder aquisitivo, para outros tem o papel de equalizar as disparidades sentidas no aspecto econômico e político, exercendo o seu papel de órgão de atuação contra majoritária, protegendo os interesses dos hipossuficientes, que efetivamente estão morrendo nas filas de espera dos hospitais e sofrendo com a ausência de cuidados médicos.

Diante de tais reflexões, Gebran Neto (2015) afirma que a chamada judicialização da saúde somente trará efeitos positivos se auxiliar na ordenação do sistema e na imposição de obrigações de cumprimento daquilo que está prometido no âmbito constitucional e nas políticas públicas previstas na legislação infraconstitucional.

Várias críticas e as iniciativas com o intuito de conter a judicialização, merecem olhar cuidadoso e preocupado. Isso porque sabe-se que a busca do Sistema de Justiça para garantir efetivo acesso à saúde tem sido alternativa utilizada por muitos indivíduos, em face da iniquidade e da exclusão decorrentes da desnaturação do modelo público de saúde brasileiro. Tolher esse instrumento de afirmação da cidadania, sob uma suposta alegação de que a judicialização compromete a organização do sistema de saúde, é ignorar as verdadeiras causas da desestruturação da saúde pública: a injustiça, a exclusão no acesso, o desfinanciamento do SUS, a segmentação do cuidado, a precarização dos serviços públicos (SANT'ANA, 2017).

Em relação a esfera privada, a judicialização da saúde vem afetando direta e indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras e prestadoras de serviços de assistência à saúde, devido a disfunções entre beneficiário e operadoras, como também pode ser alguma reclamação que não se encontra

prevista no contrato e assim implicar efeitos sobre os custos da contratação e segurança jurídica (CNJ, 2019), com intuito de obter maior cobertura de procedimentos, medicamentos e materiais não previstos nos contratos de planos de saúde.

Quando as exigências ocorrem em razão de coberturas não previstas em contrato, não deveriam ser custeados pela iniciativa privada, mas pelo Estado que garante saúde ilimitada. Como a garantia à saúde sem restrições pelo Estado ocorre, o beneficiário de plano de saúde privado ingressa contra a organização privada e não a quem possui o dever de prestar atendimento sem restrições, neste caso o Estado. Acarretando um colapso da saúde privada e porque não da própria saúde pública (CARLINI, 2018).

O aumento de processos na Justiça contra os planos de saúde traz como consequências impactos negativos para todos os envolvidos. Primeiramente, às operadoras de planos e seguros de saúde, que sofrem com a oneração do processo e a insegurança dos contratos celebrados, gerando distorções nos custos e nos preços dos produtos; já o Judiciário sofre com sobrecarga de novos processos; a ANS, pela dificuldade em realizar a regulação do mercado; os consumidores, porque contratam um plano, são iludidos e recebem poucas explicações e só conseguem seus direitos na justiça; e os próprios beneficiários dos planos de saúde, que acabam por suportar o ônus financeiro das concessões e deferimentos feitos pelo Judiciário (CARLINI, 2018).

O comprometimento dos serviços poderá ocorrer em razão de uma sequência de impactos, quais sejam: a operadora de saúde passará a ter custos não previstos que irá transferir para as mensalidades dos planos de saúde de todos os clientes fazendo com que em dado momento estes optem em não possuir mais o plano de assistência à saúde em virtude dos altos preços das mensalidades, como também, potenciais clientes também não irão aderir aos planos de saúde em virtude dos altos valores que terão que ser praticados consequentemente causando a redução das receitas da empresa. Esta redução será insustentável do ponto de vista financeiro e refletirá diretamente no coletivo de clientes. Não obstante, a rede prestadora de serviços médicos (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais médicos) também seria afetada, uma vez que 80% das receitas dos estabelecimentos de saúde advém das operadoras de planos de saúde. Por isso, a interferência desenfreada do judiciário pode gerar o colapso na saúde tanto privada quanto pública (CARLINI, 2018).

Em 2009, com o intuito de frear este crescimento exponencial houve uma audiência pública do Supremo Tribunal Federal (STF) com a finalidade de escutar especialistas neste assunto. Já em 2010, o Conselho Nacional de Justiça estabeleceu diretrizes aos magistrados em relação às demandas judiciais na área de saúde (GOMES et al., 2014).

Em 2011, surgiu a Lei 12.401 que além de incorporar a lei 8080/90 em relação a assistência terapêutica e à incorporação de tecnologia em saúde, também criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), esta é responsável pela incorporação, a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição e alteração de protocolos ou de direção terapêutica que deve ser atualizada e publicada a cada 2 anos (BRASIL, 2011).

Outro instrumento de auxílio aos magistrados foi a criação do Núcleo de Apoio Técnico do Tribunais de Justiça (NAT-Jus), este é constituído por profissionais de saúde, para elaborar pareceres, notas e informações técnicas, acerca da medicina baseada em evidência, para dar ao magistrado fundamentos científicos para decidir se concede ou não determinado medicamento ou tratamento médico a quem aciona a Justiça, está disposto na Resolução N° 238, de 06/09/2016 do CNJ (2019).

Contudo, num relatório feito pelo CNJ (2019) foi observado que ainda há um baixo uso destes instrumentos nas decisões judiciais, isto quer dizer que, há ainda um certo distanciamento entre a política pública e o poder judiciário.

2.2 Perfil da Judicialização

O debate acerca de processos de natureza judicial inevitavelmente perpassa por conhecer quem são os cidadãos brasileiros que buscam o Poder Judiciário requerendo medidas de implementação do Direito à Saúde. Ao observar o perfil socioeconômico, os dados podem vir a reforçar a influência das barreiras culturais, econômicas e políticas para o acesso à justiça conforme apontado por Santos (1999).

No tocante à judicialização em saúde, mesmo com o aumento de ações nesta área, estima-se que apenas 30% dos indivíduos que possuem necessidade de prestação envolvendo saúde procuram a Justiça no Brasil, existindo uma clara relação entre índice de desenvolvimento humano e litigância, ou seja, é consideravelmente maior a utilização do Judiciário nas regiões que apresentam índices mais altos de desenvolvimento humano (BRASIL, 2020).

Por outro lado, na maioria dos casos, na judicialização do direito à saúde, não se discute a qualidade dos serviços prestados, mas, sobretudo o acesso a esses serviços, o seu alcance e a sua cobertura. As demandas são principalmente individuais.

Há que se considerar ainda, que um estudo realizado pelo CNJ (2015) verificou a predominância da contestação individual, reforçando a ideia de que o acúmulo de ações

individuais gera desafios tanto para o Judiciário, quanto para a própria gestão em saúde. Pepe et al (2010), Ventura et. (2010), Diniz, Machado e Penalva (2014) e Oliveira et al. (2017) constaram também a prevalência de ações individuais.

Pepe et al. (2010) relatam que grande parte dos pedidos tem sido deferida tendo como praticamente única base a prescrição medicamentosa apresentada pelo reivindicante. A segunda característica é o fato de a prescrição conter tanto medicamentos incorporados como não incorporados pela assistência farmacêutica (AF) do SUS, alguns sem registro no país ou em indicação terapêutica não constante do registro sanitário.

Numa pesquisa feita pelo CNJ em 2013 em 6 tribunais com o intuito de estabelecer o perfil dos litígios tanto na saúde pública como na suplementar, observou-se que as demandas apresentadas versam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.) Isto evidencia que a judicialização da saúde ainda versa sobre uma dimensão bastante parcial de todas as ações e serviços de saúde que devem ser prestadas pelo poder público. No último estudo realizado pelo Conselho Nacional de Justiça em 2017, incluindo a maioria dos tribunais, este perfil na ação curativa continuou prevalecendo (CNJ, 2019).

Em Pernambuco, no período de 2004 a 2008, foram impetradas 464 ações judiciais contra a Secretaria Estadual de Saúde solicitando medicamentos e/ou insumos (MARÇAL, 2010).

Ainda em relação ao Estado sobre o qual foi dado o recorte de pesquisa deste trabalho, Santana (2018) com o objetivo de caracterizar a judicialização em Pernambuco em 2016, analisou 2562 ações judiciais no Núcleo de Judicialização da Secretaria de Pernambuco e observou que 42,7% originou-se de residentes da I GERES que é formada por municípios desenvolvidos. No que diz respeito ao sexo dos impetrantes destas ações, houve uma prevalência do sexo feminino (37,5%), destacando-se alto percentual de sexo ignorado (26,3%). Identificou-se que as maiorias das ações se referiram a medicamentos (64,4%) e no tratamento das neoplasias (27,9%). Percebe-se que a judicialização da saúde está sendo direcionada ao consumo e ao direito individual, ferindo o princípio da equidade na medida em que o acesso aos serviços judiciais e, portanto, à reivindicação dos direitos é maior para população de classes sociais mais elevadas, muitas vezes usuários do sistema privado de saúde.

No mesmo sentido, Santana (2019) realizando um estudo sobre o perfil sociodemográfico e condições clínicas entre 2015 e 2018 no Estado de Pernambuco, detectou-

se por meio da Secretaria do Estado de Pernambuco 9533 bens demandados, totalizando em 6698 ações judiciais com 51,5% dos requerentes do sexo masculino apresentando faixa etária de 50 a 70 anos e o bem mais demandado foi medicamentos.

Atualmente, enfermidades complexas e de tratamento oneroso, como é o caso das neoplasias malignas, que demandam medicamentos caríssimos para seu tratamento, bem como pacientes que necessitam de órteses, próteses e procedimentos cirúrgicos, conferem, ao sistema público, uma demanda crescente que onera de modo substancial seu orçamento. São tratamentos de difícil custeio por parte dos cidadãos, quer sejam detentores de planos de saúde ou não, haja vista que a maioria dos que dispõem de planos de saúde não obtêm a cobertura necessária para tais tratamentos. Deste modo, recorrem à Justiça, a fim de terem suas necessidades atendidas, já que pela via administrativa não obtiveram êxito (PEREIRA, 2018).

Entre 2008 e 2017 em Pernambuco houve um total de 51.767 processos em 1 instância, também pode-se concluir que existem uma variedade de assuntos, motivos para litigar e diversas consequências tanto na saúde pública quanto na suplementar, sobre a oferta de serviços de assistência à saúde e sobre a sociedade de modo geral (CNJ, 2019).

Outrossim, no que concerne os aspectos processuais das demandas que versam sobre Direito à Saúde, em relação ao deferimento das ações e tutela antecipada, é visto nos estudos que há grande número de pedidos liminares, quase sempre deferidos, com alegação de urgência/emergência em quase todos. A maioria das decisões foi favorável aos usuários (PEPE et al., 2010; VENTURA et al., 2010; MARÇAL, 2012; DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; SANTANA, 2018).

Insta ressaltar que as tutelas de urgência é um instituto processual que deve apenas ser utilizado em medida excepcional, e que muitas vezes, é concedido sem que seja dada qualquer possibilidade de manifestação da parte contrária. Nos termos, do Art. 300 e seguintes do Código de Processo Civil, para que seja concedida estabelece que deve estar presente o critério da probabilidade do direito, além do perigo da demora (LUPETTI, 2019).

Outro aspecto de relevância é que em um trabalho realizado pelo CNJ (2019), verificou-se a tendência de deferimento final e na antecipação de tutela, sem pedido de informações complementares. Além disso, na maioria dos casos houve confirmação do deferimento do pedido na sentença de 1ª instância e também no acórdão de 2ª instância.

Em levantamento realizado pelo CNJ (2016) observou-se pouca menção à Audiência Pública do STF, CNJ, especialmente as recomendações n. 31 e n. 36, que sugerem estratégias de como os juízes devem lidar com a judicialização da saúde pública e suplementar na atividade judicante, assim como pouca menção ao Fórum Nacional e aos Comitês estaduais e

ao NAT, apesar de se observar nos dados uma tendência a sua utilização. Após o ano de 2016, o CNJ realizou outro estudo que continuou apontando um baixo uso destes instrumentos nas decisões, o que pode indicar um certo distanciamento entre política pública formulada e poder Judiciário.

Em relação ao resultado das ações, 74% são julgadas procedentes (CNJ, 2019). Quanto aos fundamentos das sentenças envolvendo tais lides, Ventura et al. (2010) analisando os processos judiciais individuais que reivindicavam dos entes públicos o fornecimento de medicamentos, no período de junho de 2007 a julho de 2008, no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro verificaram que a prescrição médica individual, a hipossuficiência econômica e a urgência dos demandantes ao acesso aos medicamentos são os principais respaldos das decisões judiciais.

Os estudos empíricos revisados revelam alguns pontos sobre a judicialização, tais como: a prescrição médica é a prova necessária e suficiente para embasar a sentença judicial no deferimento de liminares; há uma predominância de prescrição pelo nome comercial, em detrimento da denominação genérica; a maioria das ações teria sido evitada, caso fossem observadas as alternativas terapêuticas presentes nas listas do SUS e os medicamentos sem registro na agência reguladora são exceção como objetos de ações judiciais. Os pontos pouco esclarecidos são diversos. Embora vários estudos indiquem que a judicialização favorece indivíduos com boas condições socioeconômicas, há resultados contraditórios, que estão a exigir estudos mais abrangentes (CASTANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

De outro turno, o critério de renda também foi objeto de pesquisa em outras unidades federativas. Travassos et al. (2013) estudando os tribunais do Estado de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Minas Gerais quanto às características e resultados das ações relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) constataram por meio de 558 acórdãos que houve maior frequência de ações ordinárias (73,1%) e na maior parte das decisões não foi possível verificar a situação econômico-financeira do demandante e o representante do autor. Naquelas que foram possíveis, a defensoria pública foi mais frequente (71,5), principalmente no Rio Grande do Sul (90,2%).

Tendo como base o parâmetro de renda, no município de Ribeirão Preto foi realizada uma análise em 636 processos impetrados por usuários de diabetes melitus entre os anos de 2004 a 2013 e constatou-se que a maioria dos impetrantes tinham condições socioeconômicas satisfatórias, pois podiam arcar com as despesas oriundas de um sistema de saúde privado, como também moviam as ações por meio de escritórios de advocacia particular. Isto não deixa claro as condições financeiras do demandante, uma vez que este possa estar sendo

financiado por instituições, tais como a indústria farmacêutica interessadas nos possíveis resultados destes processos (SANTOS et al., 2018).

Já para Bihel e Petryna (2016), em uma pesquisa empírica realizada no estado do Rio Grande do Sul, constataram que a judicialização no âmbito da saúde é, sobretudo, um movimento pelo qual pessoas de baixa renda e pessoas idosas se fazem ouvidas pelo ato de “entrar na justiça”

Em alguns tribunais de justiça estaduais, há um elevado número de demandantes hipossuficientes, como em Santa Catarina (63%) e Mato Grosso (46%), sugerindo que no mínimo um quinto das demandas são oriundas de pessoas em situação de vulnerabilidade econômica (CNJ, 2019).

No que diz respeito ao sexo dos demandantes, Vieira e Zucchi (2007) realizando uma pesquisa nas 107 ações impetradas contra a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo com a finalidade de requerer o fornecimento de medicamentos, observaram que o perfil dos requerentes era constituído de sua maioria por mulheres (63,5%). Em relação à faixa etária, mais da metade das ações tiveram por requerentes pessoas com idade de zero a 19 anos (30,7%) e 70 a 79 anos (23,9%). 74,2% destas pessoas se declararam como aposentados, pensionistas, desempregados, estudantes e do lar. Foram originadas de serviços do SUS 59% das prescrições e 13% de conveniados ao SUS.

Já no Rio Grande do Sul, ainda adotando como análise o sexo, houve um estudo para avaliar 13 ações relacionadas ao acesso ao tratamento de doença de Fabry, uma doença rara, entre os anos de 2004 a 2007, em relação ao perfil foram observadas a prevalência de indivíduos do sexo masculino e adultos jovens, destes seis demandantes alegavam situação de aposentadoria, dependência de benefício ou invalidez (SARTORI JUNIOR et al., 2012).

Por sua vez, em Minas Gerais, estudo observando 827 processos judiciais, pleiteando medicamentos, de 2005 a 2006 trouxe que 39,8% dos autores eram do sexo masculino, 35,4% dos pleiteantes possuíam 60 anos ou mais, 30,4% estavam compreendidos na faixa etária de 40 a 59 anos, 22% possuíam entre 19 e 39 anos e 12,2% tinham entre zero e 18 anos. Além disto, 19,6% dos medicamentos pleiteados faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 24,3% compunham lista de medicamentos de Alto Custo e 79% dos medicamentos solicitados apresentavam alternativa terapêutica nos programas de assistência farmacêutica. É importante ressaltar que dos processos analisados 70,5% dos pacientes tiveram seus atendimentos oriundos do sistema privado de saúde e apenas 25,8% eram pacientes procedentes do SUS, 3,7% tiveram atendimentos tanto na rede pública, quanto privada. Dados que demonstram como o acesso à medicamentos ou tratamentos via ação

judicial são na sua maioria por pessoas que possuem maior poder aquisitivo, ou seja, são capazes de arcar com os custos do sistema privado, isto em detrimento à maior parte da população que por muitas vezes não busca seus direitos via demandas judiciais (NEVES, 2012).

Ainda dentro do Estado de Minas Gerais, um estudo realizado por Oliveira (2017) com a finalidade de analisar o perfil das demandas judiciais no município de Leopoldina/MG, eles observaram através de 77 ações judiciais que possuíam como réu o município no ano de 2102, que as mulheres possuíam uma maior potencial de reivindicação no setor Judiciário. Já em relação às ocupações do lar (22%), aposentados (16,2%) e menores (18,3%), identificando aqueles que não possuem ocupação e são menores de 18 anos, foram os mais frequentes, houve um considerável número de beneficiários em que não foi possível localizar a ocupação (18,3%). Fato a mencionar é que as ocupações informadas pelos usuários demonstram nível de escolaridade intermediário.

Outras pesquisas mesclam os critérios acima mencionados. Foly, Damatta e Shimoda (2016), investigou o perfil das demanda judiciais relacionadas ao acesso a medicamentos em 282 processos atendidos no município de Itaperuna- RJ e encontraram que o perfil predominante dos demandantes das solicitações judiciais era de pessoas do sexo feminino (70%), com faixa etária acima de 49 anos de idade (86,4%), residentes no município (89%), aposentadas (58,2%), casadas (60,8%), e com rendimentos de até um salário-mínimo (70,7%).

Lima (2018) estudando as ações judiciais com demandas ao acesso de medicamentos e insumos na cidade de Botucatu, no período entre 2015 a 2016, verificou que o perfil dos demandantes eram 59% do sexo feminino, 45,4% eram aposentados seguidos de 13,6% de desempregados.

No que diz respeito à escolaridade, Travassos et al. (2002), em um levantamento por meio dos dados da PNAD 1998, constataram que indivíduos com maior escolaridade, os empregadores ou os assalariados com carteira assinada e os brancos apresentam chances mais elevadas de procurar os serviços de saúde, indicando uma desigualdade social no consumo desses serviços favoráveis aos grupos sociais mais privilegiados. Ainda identificaram que o uso de serviços de saúde por homens e mulheres dependeu do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo, definindo um perfil de desigualdades sociais.

Fahel, Leite e Teles (2014), em estudo sobre o grau de acesso aos serviços de saúde nas regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais e na região metropolitana de Belo Horizonte, constataram que, em 2009, os indivíduos com planos de saúde tiveram 54% mais de chance de consultar o serviço médico, o que evidencia uma desigualdade no acesso aos

serviços de saúde entre quem dispõe de plano de saúde e de quem não o possui e utiliza o SUS. Os dados analisados apontaram que em 10,85% dos casos havia a logomarca do SUS no receituário médico e em 62,35% não havia, ao passo que em 26,80% dos casos, isto era indeterminável. Assim, é evidente que o grupo que usa o Judiciário para contestar as políticas de saúde não é usuário preferencial ou exclusivo do SUS. Acessar o Judiciário para contestar as políticas de saúde implica também em arcar com os custos do acesso à justiça.

Fahel, Leite e Teles (2014) destacam que várias pesquisas indicam que as mulheres têm maior probabilidade de acessar os serviços de saúde em função da intenção de prevenir possíveis doenças, conforme pode ser constatado através dos dados da PNAD de 1998, 2003 e 2008. O estudo também confirma que o acesso aos serviços de saúde sofre influência de outros fatores, como cor, escolaridade, renda e plano de saúde havendo uma correlação positiva entre eles.

No período de 1999 a 2009, foi possível observar que o perfil dos indivíduos que entravam com ações judiciais, era constituído de residentes de municípios do Estado de Minas Gerais de IDHM mais alto (classificados como alto ou muito alto), sendo Belo Horizonte um outlier. Constatando-se que a judicialização da saúde, ao invés de promover o acesso de todos a bens e serviços de saúde de forma igualitária, estaria agravando as desigualdades socioeconômicas, pois o orçamento público estaria sendo desviado para atender justamente uma parcela da população que não é a mais vulnerável na estrutura social e que pode arcar com os custos do acesso à justiça (ARAÚJO, 2019).

Quanto à idade à época do ajuizamento da ação, verificou-se uma baixa presença de registros etários, apenas 35,04%. Mas, dentre aqueles disponíveis, verificou-se que a que mais judicializou foi aquela compreendida entre 55 a 59 anos, seguida da faixa etária de 40 a 44 anos. A ausência de tal dado em grande parte dos registros pode ser justificada pelo fato da indicação etária não ser requisito para a petição inicial (FAHEL; LEITE; TELES, 2014).

Fahel e Neves (2009) verificaram que o pertencimento a um estrato ocupacional tem reflexos na probabilidade de acesso aos serviços de saúde e que o grau de acesso se diferencia por estratos ocupacionais. Ainda, os dados apontam, com base na PNAD de 1998 e 2003, que ter um emprego formal aumenta a probabilidade de acesso aos serviços de saúde ciências e das artes (grupo que reúne profissionais de elevada escolaridade, alto conhecimento científico e profissional). Estes indivíduos, após acessarem os serviços de saúde e não conseguirem que suas demandas sejam atendidas administrativamente através da assistência farmacêutica, passam a contestar as políticas de saúde em juízo. Os dados analisados apresentam uma tendência: a judicialização está posta por aqueles com elevada escolaridade e alto

conhecimento científico e que não se apresentam como os mais vulneráveis socialmente. E que as desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde estão sendo refletidas na arena judicial.

Em 2016, Silva Junior e Dias avaliaram a satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no Nordeste com 67 pacientes atendidos pelo núcleo de assistência médico integrada da Universidade de Fortaleza, conveniado com o SUS e perceberam que o principal problema era a dificuldade de acesso a medicações fornecidas pelo SUS, como também a falta de conhecimento dos seus direitos relacionados a saúde, acarretando uma baixa procura pela justiça para questões ligadas a saúde, isso se explica devido ao reduzido grau de conhecimento deste público e a baixa escolaridade da maioria dos entrevistados. Concluindo que quanto maior o grau de conhecimento de seus direitos, maior é o nível de exigência, conseqüentemente maior a busca ao judiciário para suprir as falhas do serviço de saúde.

Em relatório do CNJ (2019) através de uma pesquisa realizada em âmbito nacional verificou-se “outros” é a principal parte ativa nos processos, tendo em vista que o nome das pessoas físicas estão inseridas neste item na primeira instância, quando vai para segunda instância há uma mudança. Em relação a parte passiva há maior prevalência de outros, porém para o Estado de Pernambuco, os principais demandados em 1 instância são as seguradoras e seu principal assunto é plano de saúde.

É notório que o Judiciário não está colaborando na contestação das políticas públicas por aqueles ocupantes dos camadas sociais mais vulneráveis, nem de busca por demandas mais igualitárias ou mesmo reduzindo as desigualdades no acesso a bens e serviços de saúde, conforme os ditames da justiça social. Constata-se que parcela significativa do orçamento está sendo direcionada para atender os interesses daqueles que não são os mais vulneráveis socialmente e podem arcar com os custos do acesso à justiça, tem-se na judicialização da saúde um meio de cooptação dos interesses de um grupo específico, não um meio eficaz de contestação da distribuição dos bens e serviços de saúde, que deve ocorrer de forma igualitária e universal (ARAUJO, 2019).

As decisões judiciais tutelam apenas quem tem acesso à justiça, e que esta é uma minoria da população. Se o direito à saúde é um direito social, e se os direitos sociais têm por objetivo a redução das desigualdades fáticas, de modo a promover a emancipação das pessoas menos favorecidas da população. No Brasil é elevado o número de pessoas que vivem em condições de pobreza, a prestação sanitária assegurada judicialmente, sobretudo por meio de

ações individualizadas, nem sempre se mostra em sintonia com o princípio constitucional da igualdade (CARLINI, 2012). Sendo assim, o acesso à justiça estaria limitado às pessoas:

- a) que teriam condições de contratar advogados particulares;
- b) que teriam maior esclarecimento, informação e grau de instrução, gerando desigualdade entre os usuários, pois todos que necessitam de uma tutela emergencial de saúde não estão inseridos neste contexto.

Privilegiando parte da população que encontra outra via de ingresso ao SUS (CARLINI, 2012).

O presente trabalho não se propõe a fazer uma revisão teórica do conceito da judicialização da saúde ou discutir o teor das decisões judiciais, mas apresentar um estudo empírico para demonstrar qual o perfil das pessoas que procuram o judiciário em busca de efetivar o direito à saúde, de modo compreender se as demandas judiciais no âmbito da saúde pública e privada do Estado de Pernambuco respeitam a lógica da equidade no acesso a bens e serviços ou favorece um grupo determinado que pode não ser o mais vulnerável socialmente. Vale ressaltar, que não há na literatura uma pesquisa que utilize os dados da RAIS para fazer o cruzamento com os dados do Tribunal de Justiça, mas foi a única forma que encontramos para fazer este levantamento socioeconômico, um vez que não é obrigatório informar nas ações judiciais: a idade, o sexo, a cor, o grau de escolaridade e a renda. Só sendo possível obter estes dados mediante Relação Anual de Informações Sociais. Estamos diante de um estudo inovador do perfil socioeconômico dos requerentes assalariados que buscam seu direito à saúde na justiça.

Assim, a identificação do perfil socioeconômico dos impetrantes assalariados de ações judiciais sobre direito à saúde implicará na construção de um diagnóstico da judicialização da saúde no Estado de Pernambuco.

3 METODOLOGIA

A pesquisa a ser desenvolvida classifica-se como um estudo quantitativo, de natureza bibliográfica e documental. É de cunho quantitativo, visto que busca analisar o perfil socioeconômico de quem ingressa com ações judiciais buscando ter acesso a tratamentos médicos e medicamentos, junto à Justiça Estadual de Pernambuco, a partir do cruzamento de dados obtidos junto ao Tribunal de Justiça de Pernambuco e a RAIS relativos ao ano 2016.

O trabalho requereu, em primeiro lugar, a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão (MARCONI; LAKATOS, 1996). Esta etapa foi desenvolvida a partir de informações fornecidas por livros, pela legislação e pela produção científica especializada no formato de artigo científico.

Com isso, foi estabelecido um modelo teórico inicial de referência, auxiliando na determinação das variáveis e na elaboração do plano geral de pesquisa. O trabalho elencou as seguintes variáveis para aferição do perfil socioeconômico: sexo; faixa etária; raça; grau de escolaridade; renda.

Cabe mencionar que, o Tribunal de Justiça de Pernambuco forneceu como subsídio de pesquisa dados relativos à comarca, entrância, unidade de processamento, serventia judiciária, número do processo, data de autuação, classe processual, assunto processual, fase processual e o órgão julgador. Dentre as informações fornecidas foi utilizado como subsídio para cruzamento de dados, o número do processo (NPU). Para a coleta de dados, foram desenvolvidos “crawlers” que são programas capazes de acessar páginas na internet, quando se requer que a extração seja profunda. Este robô visitou o site do Tribunal de Justiça de Pernambuco obteve do processo as informações necessárias, tais como nome e CPF. Estes dados foram cruzados com a RAIS. O cruzamento dos dados foi realizado por CPF, uma vez que por nome há muitos homônimos

A segunda fonte de dados escolhida foi a Relação Anual de Informações Sociais. Esta foi instituída pelo decreto nº 76.900 de 23/12/75, e é uma das fontes de estatísticas mais confiáveis sobre o mercado de trabalho formal, sendo um instrumento importante para coleta de dados e informações socioeconômicas realizado anualmente pelo Ministério do Trabalho Brasileiro, ou seja, representa um censo anual do mercado formal brasileiro, que consta variáveis que foram utilizadas neste trabalho, tais como: gênero, cor, faixa etária, grau de instrução e classe econômica.

A necessidade de uma segunda base de fontes de dados se justifica pelo fato de que as informações fornecidas pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco não compreendem os

referentes ao “*background*” socioeconômico das partes envolvidas nos processos, o que impediria a realização do presente trabalho.

A partir da posse desta base de dados contendo tanto as informações judiciais, quanto as informações socioeconômicas dos indivíduos foi possível utilizar técnicas de regressão afim de se observar desvios de variáveis de interesse em relação à média comparando-se indivíduos com acesso à justiça presentes no mercado formal brasileiro com aqueles não presentes em processos judiciais.

O modelo econométrico inicial consiste na estimação de um modelo de regressão logística (logit) que capta como as variáveis socioeconômicas interferem na probabilidade de acesso ao sistema judicial. De forma objetiva, pode-se construir o seguinte modelo:

$$\Pr(JUD_i = 1|X_i) = F[\beta_0 + \beta_1 X_i + \epsilon_i]$$

Onde JUD_i é uma variável dummy 1 ou 0 indicando se o indivíduo i , possui processo na justiça. X_i é um vetor de características socioeconômicas e ϵ_i é o termo de erro. A variável de interesse é β_1 . O modelo descrito na equação 1 permite identificar como as variáveis se relacionam à probabilidade de acesso a justiça e desta maneira elucidar as possíveis distorções no acesso.

Nas tabelas apresentadas na próxima seção os efeitos marginais serão reportados afim de gerar maior facilidade na interpretação dos resultados.

Além disso, é imprescindível mencionar que a pesquisa se limitou a avaliar o perfil socioeconômico das pessoas inseridas no mercado formal, uma vez que, a informalidade das pessoas que não atendem tal perfil tornaria inviável a realização desta pesquisa dada a ausência de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1- Dados da RAIS Nordeste 2016

Variável	Observações(milhões)	Média	Desvio padrão
Sexo ¹	11,77	0.41	0,49
Idade ²	11,77	36.88	11.36
Grau de escolaridade	11,77	6.67	1.79
Renda	11,77	1965	2641.85

¹Sexo: (0) masculino e (1) feminino

² Grau de escolaridade (1) analfabeto;(2) até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental;(3) 5º ano completo do ensino fundamental;(4) do 6º ao 9º ano incompleto do ensino fundamental;(5) ensino fundamental completo;(6) ensino médio incompleto;(7) ensino médio completo; (8) educação superior incompleta;(9) educação superior completa;(10) mestrado completo;(11) doutorado completo.

Fonte: RAIS 2016.

O Nordeste brasileiro possui 1.794 municípios e uma população de aproximadamente 56,9 milhões de pessoas, o equivalente a aproximadamente 28% da população nacional. Através dos dados da RAIS 2016 é possível observar acima na tabela 1 que há 11,7 milhões de habitantes assalariados, com prevalência do sexo masculino. Em relação à média de idade verificou-se que é de 36,88 anos e com a renda de R\$ 1965 reais. Nesta região há 9 Estados, um deles é Pernambuco, onde foi feito o recorte deste estudo.

Tabela 2 - Dados da RAIS Pernambuco 2016

Variável	Observações(milhões)	Média	Desvio padrão
Sexo	2,20	0.41	0,49
Idade	2,20	36.98	11.39
Grau de escolaridade	2,20	6.66	1.88
Renda	2,20	1973	2684.45

¹Sexo: (0) masculino e (1) feminino

² Grau de escolaridade (1) analfabeto;(2) até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental;(3) 5º ano completo do ensino fundamental;(4) do 6º ao 9º ano incompleto do ensino fundamental;(5) ensino fundamental completo;(6) ensino médio incompleto;(7) ensino médio completo; (8) educação superior incompleta;(9) educação superior completa;(10) mestrado completo;(11) doutorado completo.

Fonte: RAIS 2016.

Pernambuco tem uma população de 8.796.448 milhões de habitantes, segundo o último censo em 2010 (IBGE, 2019). De acordo com a tabela 2 é possível verificar que em Pernambuco há 2,20 milhões de trabalhadores formais com a predominância dos homens, a média de idade foi de 36,98 anos e a renda teve uma média de 1973 reais.

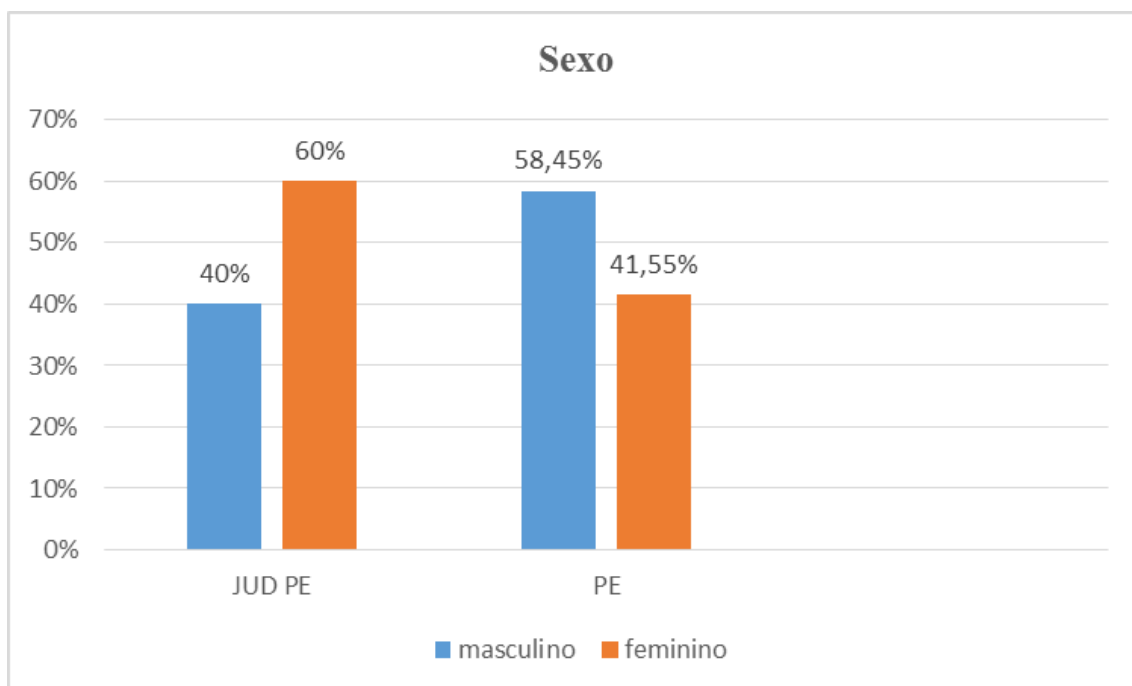
Das 4776 ações judiciais referente a saúde do banco de dados da justiça de Pernambuco após o cruzamento com os dados da Relação Anual de Informações Sociais no ano de 2016, foram obtidos 1593 processos ajuizados por trabalhadores formais, a razão da queda dos números dos processos poderá ser quando: demandantes são trabalhadores informais; o requerente era um empresário; o CPF do demandante não estava descrito no processo; o requerente tinha mais de um processo.

Tabela 3- Perfil socioeconômico dos impetrantes assalariados em 2016

Variável	Observação	Média	Desvio Padrão
Sexo	1593	0,60	0,48
Idade	1593	45,51	13,53
Grau de escolaridade	1593	8,31	1,17
Renda	1593	5626,2	5802,62

Fonte: Elaboração própria.

Figura 1 - Histograma comparativo do sexo de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo



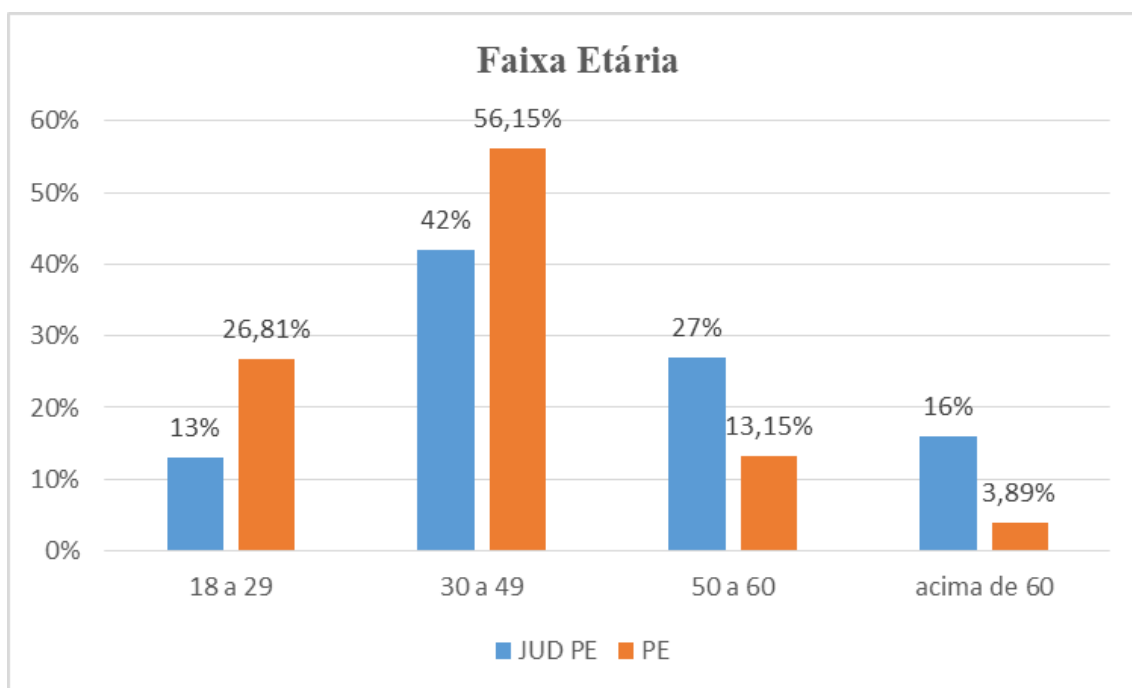
Fonte: Elaboração própria.

A Figura 1 acima demonstra o perfil relacionado ao sexo dos trabalhadores formais do Estado de Pernambuco que predominou o sexo masculino (58,45%), comparando com os impetrantes assalariados observou-se uma prevalência do sexo feminino (60%). Isto demonstra que há uma predominância do sexo feminino na utilização dos serviços de saúde, uma vez que a população masculina busca pouco o atendimento de saúde devido à fraqueza, medo, insegurança e à possibilidade de descobrir doenças (GOMES et al., 2007). Isto pode estar refletindo nas ações judiciais da saúde, em que os usuários do sexo masculino buscam menos por benefícios. Além disso, segundo os estudos, as mulheres têm escolaridade mais elevada que a população masculina que, pode ser um aspecto importante na compreensão de seus direitos sociais. Outra possibilidade desta prevalência do sexo feminino seria sua condição de vitimizadas pela pobreza e responsáveis pelo cuidado e provimento familiar, ou seja, sem garantias de acesso à saúde, à educação, habitação e outros.

Outros estudos abordam esta mesma realidade, como os de Vieira e Zucchi (2007), Fahel, Teles e Leite (2014), Foly, Damatta e Shimoda (2016), Oliveira (2017), Lima (2018),

Araújo (2018) também corrobora com estes achados. Diverge dos resultados encontrados as pesquisas de Sartori et al. (2012), Pereira et al. (2014), Gomes et al. (2014), Santana (2019).

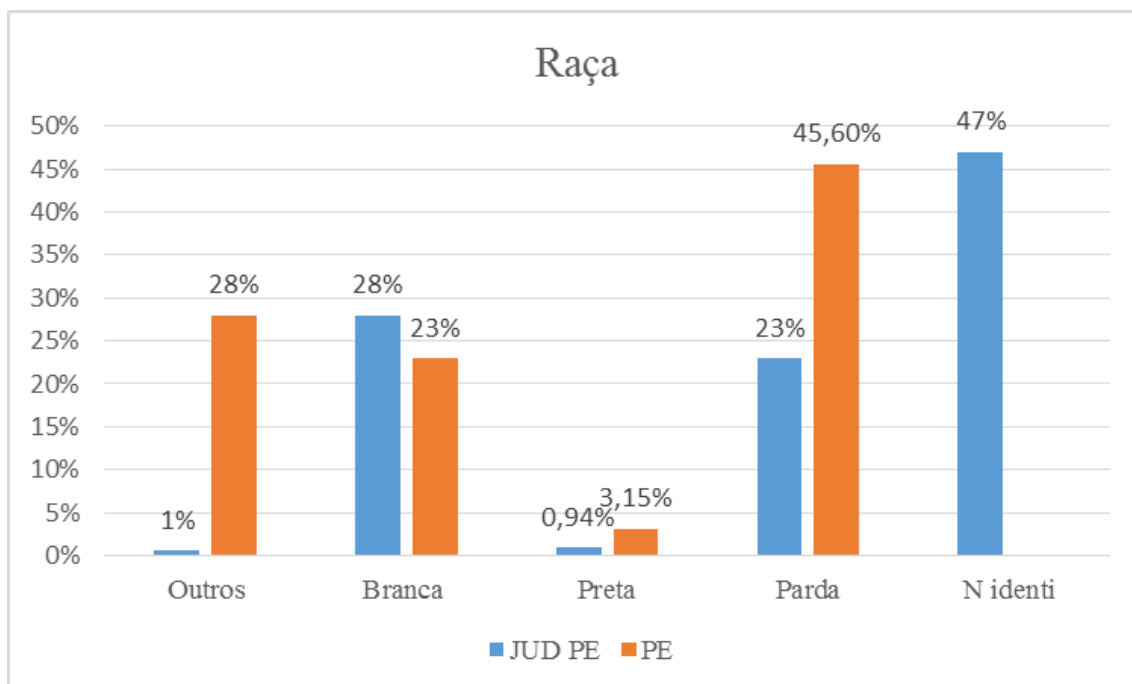
Figura 2 - Histograma comparativo da faixa etária de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde com relação a população da RAIS como um todo



Fonte: Elaboração própria.

Na Figura 2 pode-se constatar que a partir dos 50 anos dobra a prevalência dos trabalhadores formais ingressarem na justiça requerendo seu direito à saúde e este dado quadruplica na faixa etária acima dos 60 anos. Estes achados demonstram similaridade com as pesquisas de Neves (2012), Fahel, Leite e Teles (2014), Bihel e Petryna (2016), Foly, Damatta e Shimoda (2016), Santana (2019), contrariamente ao encontrado nas pesquisas de Sartori Junior et al. (2012) e Vieira e Zucchi (2007). Outros autores fizeram suas pesquisas com faixa etária diferente. Ressaltando que este trabalho é inovador, pois não há na literatura estudos que relacionam a judicialização da saúde com o mercado formal. Quando se compara a média de idade dos requerentes assalariados encontra-se uma média de 45 anos (Tabela 3), sendo uma pouco maior do que os trabalhadores assalariados do Nordeste (Tabela 1), assim como de Pernambuco (Tabela 2).

Figura 3 - Histograma comparativo da raça de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo

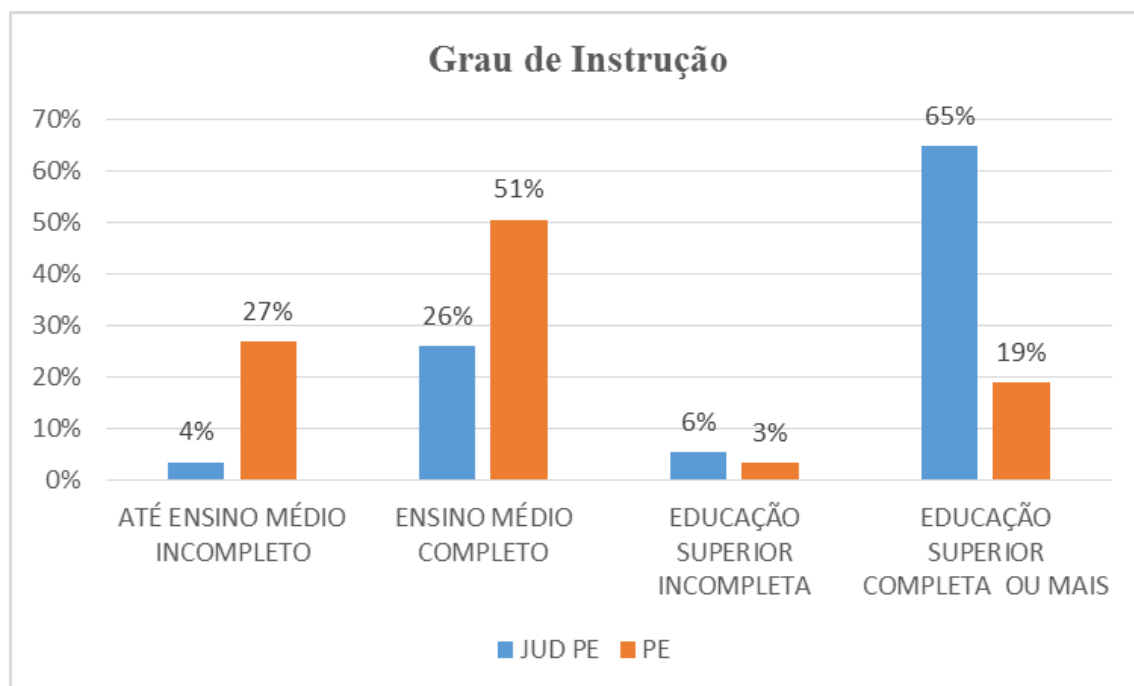


1 outros: amarelo e indígena

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere a raça, agrupamos em branco, preta, parda, outros e não identificado. Há mais trabalhadores formais pardos (45,6%) no Estado de Pernambuco, no entanto a raça que mais predominou no ingresso a justiça para garantir seu direito à saúde foi a branca (28%), a raça preta apenas um terço dos trabalhadores formais requerem seus direitos a saúde na justiça, em relação aos pardos, apenas metade deles impetraram ações referentes à saúde. A distribuição não segue a distribuição da população na RAIS. Não foi encontrado nenhum trabalho que se referisse à raça dos impetrantes. Geralmente nos trabalhos eles agrupam em branco e não brancos.

Figura 4 - Histograma comparativo do grau de instrução de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde a população da RAIS como um todo



Fonte: Elaboração própria.

Na Figura 4 acima, identificou-se que a grande maioria dos trabalhadores formais (51%) tem ensino médio completo, porém só metade destes trabalhadores demandam ações judiciais relacionadas ao direito à saúde. A categoria que mais entra com processo na área de saúde encontra-se inserido no grau de educação superior completo ou mais, correspondendo a 65% dos impetrantes, ou seja, triplica o número de requerentes inseridos no mercado formal. Esses resultados encontram-se de acordo com os achados de Neves (2012), Fahel, Leite e Teles (2014) e Paim et al. (2017). É importante mencionar que um estudo que a população alvo são trabalhadores formais, é de se esperar que haja uma predominância de um nível de escolaridade mais alto. Já nos achados de Nunes e Junior (2016), a informação sobre escolaridade, apenas esteve disponível para 48 autores que se declaram analfabetos dos 965 processos, havendo uma escassez de dados causando uma dificuldade para maiores conclusões deste perfil. Isto demonstra a vantagem de se utilizar a RAIS para avaliar o perfil socioeconômico. Oliveira (2017) encontrou no seu levantamento em relação a escolaridade, um índice bastante significativo de 44% da população possui o Ensino Fundamental Incompleto. Se considerarmos, juntamente os índices de analfabetos essa percentagem salta para 51%. No Ensino Fundamental Incompleto e Analfabetismo permitem a compreensão de que a maior parte dessa população teve uma inserção precoce no mundo do trabalho.

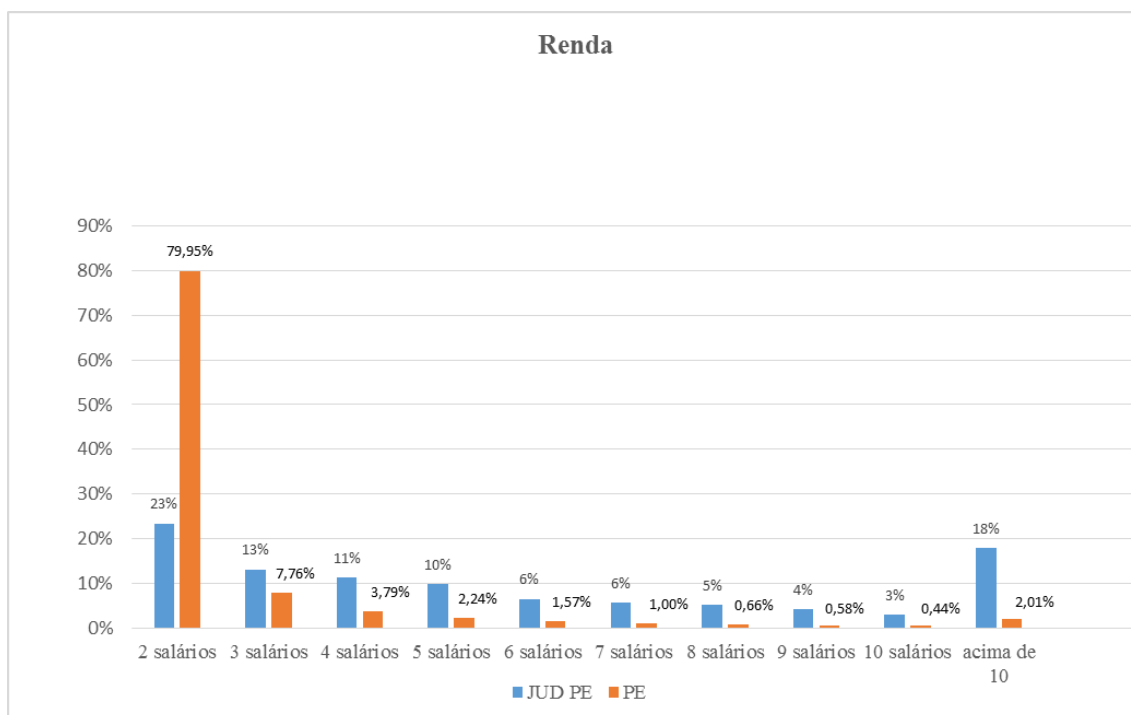
Tabela 4 - Demonstrativo do número de requerentes de acordo com a renda

Média	5626,2
Máximo	38963,73
Mínimo	322,67
Mediana	3680,84
Desvio Padrão	5802,62

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 1 constata-se que a média de renda dos trabalhadores da RAIS no Nordeste é R\$ 1965 reais, dado semelhante a média de renda dos trabalhadores assalariados de Pernambuco que foi de R\$ 1973 reais (Tabela 2), porém os trabalhadores da RAIS que entraram na justiça apresentaram um média de R\$ 5626 reais (Tabela 4), isto permite constatar que os trabalhadores formais que ingressam na justiça requerendo seu direito a saúde possui uma média de renda maior do que aqueles que nada fizeram.

Figura 5 - Histograma comparativo da renda de trabalhadores da RAIS que ingressam em juízo para garantir o seu direito à saúde em relação a população da RAIS como um todo



Fonte: Elaboração própria.

É possível verificar na figura 5 que a participação do grupo que se encontra até dois salários mínimos é de um quarto, enquanto as outras categorias estão representadas na população. Já o grupo que ganha acima de dez salários mínimos tem uma participação nove vezes maior que a participação da RAIS, corroborando com os achados de Travassos et al. (2002), Fahel e Neves (2009), Fahel, Leite e Teles (2014), Santos et al. (2018), Neves (2018). Sendo contrária a pesquisa de Foly, Damatta e Shimoda (2016).

Tabela 5 - Resultado da Regressão Logística (logit)

	1	2	3
Grau de instrução	Grau de instrução 0.000630*** (24.61)		
Sexo masculino	-0.000374*** (-7.94)	-0.000346*** (-7.31)	-0.000264*** (-5.70)
Cor Branca (dummy)	0.000284*** (5.47)	0.000295*** (5.65)	0.000314*** (6.09)
Portador de Deficiência	0.000310 (1.40)	0.000310 (1.40)	0.000237 (1.09)
Idade	0.0000490*** (22.71)	0.0000493*** (22.75)	0.0000518*** (24.21)
Afastamento(dummy)	0.000413*** (4.82)	0.000413*** (4.82)	0.000537*** (6.96)
Empresa grande (dummy)	-0.0000463 (-0.80)	-0.0000515 (-0.89)	-0.0000584 (-1.03)
Log(renda)	0.000556*** (18.44)	0.000543*** (17.97)	
1.Grau de instrução		-0.0000385 (-0.77)	-0.0000786 (-1.25)
2.Grau de instrução		0.000114 (1.61)	0.0000599 (0.77)
3.Grau de instrução		0.0000374 (0.66)	0.000000430 (-0.01)
4.Grau de instrução		0.0000765 (1.33)	0.0000510 (0.74)
5.Grau de instrução		0.000194** (2.73)	0.000180* (2.20)
6.Grau de instrução		0.000565*** (10.16)	0.000547*** (8.11)
7.Grau de instrução		0.00134*** (9.04)	0.00132*** (8.71)
8.Grau de instrução		0.00218*** (24.73)	0.00220*** (23.11)
9.Grau de instrução		0.00309*** (7.81)	0.00321*** (7.81)
10.Grau de instrução		0.00281*** (5.17)	0.00337*** (5.18)
1. Renda (percentil 25-50)			0.000128* (2.34)
2. Renda (percentil 50-75)			0.000385*** (6.99)
3. Renda (percentil 75-100)			0.00112*** (19.34)
N	2232462	2232462	2279889

t statistics in parentheses

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 5 por meio do logit pode-se obter 3 três colunas, cada uma se referindo a um modelo estimado. Observa-se no modelo 1, que o grau de instrução é estatisticamente significativo e positivo para entrar com ação na justiça na área de saúde. Em relação ao sexo, percebe-se que ser do gênero masculino estar correlacionado a uma redução na probabilidade de judicialização na saúde, assim como ser branco estar positivamente correlacionado. Quando se vai analisar a idade, verifica-se que há uma significância positiva entre a idade e a possibilidade de se judicializar. Como também a renda se mostrou com significância positiva. As variáveis portador de deficiência e ser funcionário de empresa de grande porte não foram significantes para a questão da judicialização.

No modelo 2 e 3, o grau de instrução e a renda foram variáveis categóricas. O nível de escolaridade se mostra significativo a partir do ensino médio incompleto e seus coeficientes se tornam mais fortes quanto maior o grau de instrução. Quanto a renda, verifica-se que o resultado é estatisticamente significativo para toda faixa de renda em comparação ao primeiro quartil, porém a medida que ela aumenta, ela se torna mais forte. Portanto os resultados sinalizam que tanto o nível de escolaridade, quanto a renda dos trabalhadores formais esta positivamente correlacionado com a probabilidade de judicializar na saúde. Estes resultados sugerem que os pacientes que recorrem às ações judiciais têm melhores condições financeiras e têm maior conhecimento dos direitos sociais do que aqueles que não o fazem. A primeira condição é confirmada pelo fato que esses pacientes podem arcar com as despesas processuais e a segunda pode estar relacionada a um maior grau de instrução desses autores em relação à população (PAIM et al., 2017). Corroborando com as pesquisas de Neves (2012) e Araújo (2019), que relatam que os indivíduos que procuram o judiciário nas demandas de saúde são aqueles que possuem capital humano e financeiro mais elevado, resultando num privilégio em relação aquele que estão em situação mais vulnerável, física e economicamente. Contudo Araújo (2018) nos seus estudos encontrou que a judicialização não está elitizada, mas atendendo a pessoas que declaram sua hipossuficiência como motivo para recorrer ao judiciário. Santana (2018) encontrou resultados que demonstraram que as maiorias das demandas Judiciais registradas no núcleo originaram-se dos hospitais, policlínicas e UPA's, seguidos dos consultórios particulares, demonstrando grande participação de usuários do setor privado da saúde, nas ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde. Cenário que requer bastante atenção por parte do SUS, no sentido de debater o direcionamento da judicialização da saúde, como instrumento de garantia de direitos dos usuários no sentido do direito coletivo ou a serviço do mercado, do consumo, do direito individual. Castanheide, Lisboa e Souza (2016) estudando a renda de vários autores concluiu que os resultados não permitem uma

conclusão inequívoca. Além disso, a maioria destes estudos apresentavam limites metodológicos.

5 CONCLUSÃO

Pode-se perceber, ao longo do trabalho, que a Direito à Saúde e ampliação do Acesso ao Judiciário proporcionou transformações primordiais nos valores culturais e na forma interação da sociedade no tocante a forma de pleitear a efetivação de tal direito. A judicialização da Saúde, não é apenas uma expressão, mas realmente um fenômeno a parte, causador de impactos diretos e indiretos na forma de como o Estado, em sua dimensão prestacional lida com a dinâmica da escassez de recursos e aumento das necessidades de seus cidadãos.

Houve um aumento considerável nas demandas judiciais que envolvem pedido que tem como inabilidade última, o acesso à Saúde. Mas afinal, quem são essas pessoas que buscam o Judiciário. Ao analisar o perfil dos litigantes da Judicialização à Saúde, percebe-se as ações relacionadas a saúde sofrem influência de diversos fatores, tais como, sexo, cor, escolaridade e renda.

A análise ao longo do presente estudo, permite chegar à conclusão de que há uma correlação entre o perfil das pessoas que procuram o judiciário em busca de efetivar o direito à saúde, de modo a compreender que as demandas judiciais no âmbito da saúde pública e privada do Estado de Pernambuco tem como principais litigantes, indivíduos que não integram a parcela mais vulnerável da sociedade.

Embora o Direito à Saúde seja destinado à todos, em critério isonômico, é certo que diante da escassez de recursos, o Estado e a sociedade como um todo, necessita realizar escolhas, e embasado em princípios constitucionais como o da dignidade da pessoa humana, é certo a parcela mais fragilizada diante do critério socioeconômico demanda maior proteção social, de modo que, o resultado da pesquisa, permite com dados objetivos fundamentar a discussão e reflexão de temas socialmente relevantes que vão desde à separação dos poderes, a autonomia orçamentária, o financiamento do SUS até mesmo a eficácia da judicialização na concretização do Direito à Saúde.

Conclui-se, portanto, que é necessária a atuação seja por parte do Estado, seja por parte da Academia, para que haja mais estudos relacionados ao perfil socioeconômico destes litigantes com a finalidade de auxiliar o planejamento de atividades preventivas relativas ao Direito à Saúde, de modo a reduzir as demandas judiciais e seus impactos. Etapa, esta, indispensável a ser vencida para que o Direito à Saúde seja assegurado, uma vez que, constata-se que a judicialização não é um meio eficaz de proteção/concretização de bens e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MARQUES, Onofre Ricardo; MELO, Marilene Barros; SOUZA SANTOS, Alessandra Patrícia. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 1, p. 41-66, 2011.

ARAÚJO, Rosilene Borges Santos. **Judicialização da saúde e a (des) conexão com a justiça social. Entendendo o fenômeno a partir do perfil socioeconômico de seus atores sociais**: o caso do estado de Minas Gerais. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2019.

ARAÚJO, I. C. de S. **A Judicialização da Saúde em Manaus**: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Manaus, 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria eane _Fiocruz Amazônia, Manaus, 2018.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, p. 173-192, 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v.1. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23970-ministerio-da-saude-firma-parceria-com-cnj-para-apoio-tecnico-a-juize> Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria nº 88, de 14 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Regimento Interno da Defensoria Pública-Geral da União. Disponível em: http://www.dpu.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20036:portaria-n88-de14-de-fevereiro-de-2014-dispoe-sobre-o-regimento-interno-da-defensoria-publica-geral-da-uniao&Itemid=65. Acesso em: 27 dez. 2019.

BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, F. H. B. B. Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde. **Coletânea direito à saúde**: dilemas do fenômeno da Judicialização da Saúde, v. 2, p. 26-50, 2018.

CARLINI, Angélica. **A saúde pública e as decisões dos tribunais**. Apontamentos para uma reflexão crítica. **Direito Sanitário**, 2012. p. 490-500.

CARLINI, Angelica. **Judicialização da saúde pública e privada**. [S. l.]: Livraria do Advogado Editora, 2018.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1335-1356, 2016.

CIEGLINSKI, Thaís. **CNJ avança para qualificar decisões judiciais sobre gastos com saúde**. Brasília, 16 mar. 2017. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84486-cnj-avanca-na-qualificacao-dajudicializacao-para-otimizar-gasto-de-saude>. Acesso em: 07 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA(Brasil). Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução (2019). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2019.

_____. Justiça em Números 2016: ano-base2015. Brasília 2016. Disponível em: <http://cnj.jus.br/programas-e-acoas/pj-justica-em-numeros>. Os dados foram compilados e agregados por Clenio Jair Schize, In: **Novos números sobre a judicialização da saúde**. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/novos-numeros-sobre-ajudicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze/>. Acesso em: 8 ago. 2019.

_____. **Justiça em Números 2018**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-em-numeros>. Acesso em: 13 dez. 2019.

COSTA, Rebeca. **A judicialização da saúde no Brasil**: uma análise a luz do acesso a medicamentos de alto custo e da propriedade intelectual. 2018.

DIAS, H. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://helenadmab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 20 fev. 2019.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SCHWARTZ, Ida Vanessa D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 479-489, 2012.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 591-598, 2014.

ECONOMIA de Serviços. [blog]. Disponível em: <http://economiadeservicos.com/2016/02/25/brasil-possui-o-sistema-de-saude-mais-ineficiente-do-mundo/>. Acesso em: 12 mar. 2018.

FAHEL, Murilo; NEVES, J. A. B. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, p. 140-159, 2009.

FAHEL, Murilo Cassio Xavier; LEITE, Guilherme Paiva; TELES, Leticia Ribeiro. Pobreza Multidimensional no estado de Minas Gerais: uma mensuração para além da renda. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 8, p. 51-69, 2014.

FERRAZ, Otavio Luiz, WANG Daniel Wei. **Judicialização da saúde tem criado SUS de duas portas**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2014-jun-22/judicializacao-saude-criado-sus-duas-portas>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FERREIRA, Ana Castro; DE JESUS, Vanessa Brito. Perfil farmacológico das demandas judiciais impetradas contra o município de Salvador, no período de 2014 A 2015. **Diálogos & Ciência**, v. 3, n. 40, 2018.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar** (manual jurídico de Planos e seguros de saúde). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

FOLY, Silvia Lane Freitas; DA MATTA, Ludmila Gonçalves; SHIMODA, Eduardo. Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 2, p. 051-068, 2016.

GEBRAN NETO JP. **Direito à saúde**: direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. p. 28. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565-574, 2007.

GOMES, Dalila F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em Debate**, v. 38, p. 139-156, 2014.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 31-43, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama> Acesso em: 12 jan. 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996. V. 205.

LIMA, Marcelo Aparecido Ferraz de. **Judicialização da saúde**: acesso a medicamentos na cidade de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. 2018.

LUPETTI, Barbara. Como diferenciar as tutelas de urgências e da evidência no novo CPC. **Revista Consultor Jurídico**, Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-fev-03/barbara-lupetti-tutelas-urgencia-evidencia-cpc>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, 2012.

MARÇAL, Khelle Karolinn de Souza. **O Fenômeno da judicialização da assistência farmacêutica**: um estudo de caso da secretaria estadual de saúde de Pernambuco em 2008. Recife, 2010. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, 2010.

MARÇAL, Khelle Karolinn de Souza. **A Judicialização da assistência farmacêutica**: o caso Pernambuco em 2009 e 2010. 2012.

NEVES, Diemerson Leonardo da Silva. **Judicialização da saúde**: a obtenção de tratamentos pela via judicial. Barbacena: Unipac, 2012.

NUNES, Antônio José. **Direito à saúde e os tribunais**. [S. l.; S.n.], 2011.

NUNES, Lydia Neves Bastos Telles; MARRARA, Thiago. Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos. **Revista de Direito Público da Economia**, v. 8, n. 30, 2010.

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

OLIVEIRA, Renan Guimarães. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG. **Revista de Saúde Pública do SUS**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 35-45, 2017.

PAIM, Luís Fernando Nunes Alves et al. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 201-209, 2017.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2405-2414, 2010.

PEREIRA, Tatiane Nunes et al. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 199-214, 2014.

PEREIRA, Sylvia Patrícia Dantas. A efetivação do direito à saúde no contexto da judicialização da política pública. In: **Coletânea Direito à Saúde**, 2018. p. 108.

SANTANA, Sheila do Nascimento. **Judicialização da saúde no estado de Pernambuco: perfil sociodemográfico e condições clínicas dos demandantes no período de 2015 a 2018**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso.

SANTANA, Luana Vanessa da Silva. **Caracterização da Judicialização da Saúde no Sistema Único de Saúde, em Pernambuco**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. 2017.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema Único de Saúde-2010: espaço para uma virada. **Mundo Saúde**, p. 8-19, 2010.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos et al. Health judicialization: access to treatment for users with diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018.

SARMENTO, Daniel. O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. In: **Filosofia e teoria constitucional contemporânea**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 113-146, 2009.

SARTORI JUNIOR, Dailor et al. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2717-2728, 2012.

SCAFF, Fernando Facury. **Os direitos sociais na Constituição Brasileira**. [S.l, s.n, s.d].

ROMBOLI, R.; REVENGA, M. (Coord.). **A eficácia dos direitos sociais**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

SILVA, Aline de Moraes. **A judicialização do direito à saúde à luz da emenda constitucional nº 95: uma análise a respeito do impacto do Novo Regime Fiscal na saúde pública federal**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da; DIAS, Eduardo Rocha. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 13-29, 2016. Mentos de alto custo e da propriedade intelectual.

TRAVASSOS, Denise Vieira et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3419-3429, 2013.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 365-373, 2002.

UPRIMNY, R.; GUARIZO D. Sentença T-1318 de 2005. **Direitos fundamentais & justiça**, v.29, p. 48-49.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, R. P. de S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 214-222, 2007.