



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Nilo Kazan de Oliveira

**Judicialização de medicamentos no VI
Departamento Regional de Saúde: análise
descritiva e comparativa ao Estado de São
Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Ponce
Coorientadora: Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima

Botucatu
2022

Nilo Kazan de Oliveira

Judicialização de medicamentos no VI
Departamento Regional de Saúde: análise
descritiva e comparativa ao Estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Ponce
Coorientadora: Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima Botucatu

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Oliveira, Nilo Kazan de.

Judicialização de medicamentos no VI Departamento
Regional de Saúde : análise descritiva e comparativa ao Estado
de São Paulo / Nilo Kazan de Oliveira. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Daniela Ponce

Coorientador: Silvana Andrea Molina Lima

Capes: 40101002

1. Sistema Único de Saúde. 2. Administração sanitária.
3. Judicialização da saúde. 4. Estratégias de saúde
regionais.

Palavras-chave: Gestão sanitária; Judicialização da saúde;
Sistema Único de Saúde.



DEDICATÓRIA

Dedico esta obra primeiramente à Deus força maior que me impulsiona e Dedico este estudo à minha família, meu alicerce.

Aos meus pais, May e Odair e ao meu irmão Felipe Augusto.

A minha esposa Flávia por estar ao meu lado durante os anos de mestrado e doutorado. Obrigado pelo incentivo para continuar crescendo.

Aos meus filhos Bento e Davi por me ensinar diariamente o que é o amor. Obrigado por fazer os meus dias mais felizes.



AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Daniela Ponce, a quem tanto admiro e tenho como inspiração. Ampliou meu conhecimento durante a Pós Graduação e me possibilitou desenvolver e concluir esta jornada. Obrigado pelos ensinamentos a mim dedicados. Foi uma honra ter sido seu orientando.

A minha Co-orientadora Profa. Silvana Andrea Molina Lima. Obrigado pelos ensinamentos e todo o apoio ao longo dessa jornada.

Ao Departamento de Fisiopatologia em Clínica Médica, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, meu muito obrigado!



EPÍGRAFE

O mais sábio é aquele que sabe tudo sobre alguma coisa e alguma coisa sobre tudo. Estuda como se fosse viver eternamente, vive como se fosse morrer amanhã.
Albert Einstein (1879-1955)



SUMÁRIO

1. LISTA DE ABREVIATURAS.....	12
2. ÍNDICE DE FIGURAS.....	14
3. ÍNDICE DE TABELAS.....	16
4. RESUMO.....	19
5. ABSTRACT.....	22
6. INTRODUÇÃO.....	26
7. OBJETIVOS.....	33
7.1. OBJETIVO GERAL.....	34
7.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
8. METODOLOGIA.....	35
8.1. DELINEAMENTO.....	36
8.2. SELEÇÃO DE DADOS.....	36
8.3. PROTOCOLO DE ANÁLISE.....	36
8.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
9.RESULTADOS.....	38
9.1. ANÁLISE DESCRITIVA GERAL DOS MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS NO DRS – VI.....	39
9.2. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS OUTROS MUNICÍPIOS QUANTO AOS MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS.....	43
9.3. ANÁLISE DESCRITIVA GERAL DOS MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS JUNTO AO ESTADO DE SÃO PAULO.....	48
9.4. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MUNICÍPIOS PAULISTAS QUANTO AOS MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS.....	52
9.5 COMPARATIVO DA JUDICILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ESTADO DE SÃO PAULO E NOS MUNICÍPIOS DO DRS- VI.....	57
10. DISCUSSÃO.....	59
11. CONCLUSÃO.....	70
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
13. ANEXOS.....	75

1. LISTA DE ABRAVIATURAS

ANVISA	<i>Agência Nacional de Vigilância Sanitária</i>
ATS	<i>Avaliação de Tecnologias em Saúde</i>
CAP	<i>Caixa de Aposentadoria e Pensão</i>
CF	<i>Constituição Federal</i>
CID	<i>Código internacional de doenças</i>
CNJ	<i>Conselho Nacional de Justiça</i>
DRS	<i>Departamento Regional de Saúde</i>
FSESP	<i>Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública</i>
HC-FMB	<i>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu</i>
INAMPS	<i>Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência</i>
INPS	<i>Instituto Nacional de Previdência Social</i>
REMUME	<i>Relação Municipal de Medicamentos</i>
RENAME	<i>Relação Nacional de Medicamentos</i>
STF	<i>Supremo Tribunal Federal</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>

2. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos Municípios do Departamento Regional de Saúde VI de acordo com a prevalência de judicialização de medicamentos.

Figura 2. Distribuição dos municípios do DRS VI que mais judicializaram medicamentos segundo o número de habitantes (IBGE).

Figura 3. Razão entre o número de judicialização de medicamentos e a população dos municípios do DRS VI.

Figura 4. Distribuição dos CIDs objeto de judicialização junto ao DRS-VI.

Figura 5. Distribuição de medicamentos judicializados, agrupados por classe farmacológica, junto aos municípios do DRS VI.

Figura 6. Distribuição dos 10 municípios do Estado de São Paulo, de acordo com a prevalência de judicialização de medicamentos.

Figura 7. Razão entre a judicialização e o número de habitantes (IBGE).

Figura 8. Prevalência de CIDs objeto de judicialização junto ao Estado de São Paulo.

Figura 9. Prevalência de medicamentos judicializados agrupados por classe farmacológica, junto ao Estado de São Paulo.



3. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o sexo, acesso ao judiciário, ação e esfera administrativa.

Tabela 2. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e idade.

Tabela 3. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e sexo.

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e vara.

Tabela 5. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e ação.

Tabela 6. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e diagnóstico.

Tabela 7. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e esfera.

Tabela 8. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e medicamento.

Tabela 9. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o tipo de medicamento (nacional ou importado).

Tabela 10. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e pertencimento a algum programa nacional de medicamento

Tabela 11. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o sexo, acesso ao judiciário, ação e esfera administrativa.

Tabela 12. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e idade.

Tabela 13. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e sexo.

Tabela 14. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e vara.

Tabela 15. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e ação.

Tabela 16. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e diagnóstico.

Tabela 17. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e esfera.

Tabela 18. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e medicamento.

Tabela 19. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e medicamento importado.

Tabela 20. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e pertencimento a algum programa nacional de medicamento.

Tabela 21. Comparativo das características da judicialização de medicamentos entre os municípios do DRS-VI e o Estado de São Paulo, de acordo com as variáveis mais prevalentes.



4. RESUMO

Introdução: A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garantiu ao cidadão o direito fundamental à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de toda a sistemática para acesso da saúde à população, há na atualidade um número significativo de ações judiciais para fornecimento de medicamentos, o que justifica a necessidade de uma análise pormenorizada dos fatores que levam à judicialização. **Objetivo:** Analisar as solicitações de judicialização de medicamentos junto ao DRS VI – Bauru/SP e compará-las com a do Estado de São Paulo, considerando o município, o diagnóstico, o medicamento, a esfera e o perfil do requerente. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal retrospectivo que avaliou as solicitações de judicialização de medicamentos realizadas nos últimos cinco anos (de 2013 a 2018) nos 68 municípios pertencentes ao DRS VI por meio da análise de dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, comparando-os em relação aos 645 municípios do Estado de São Paulo. **Resultado:** De um total de 149.401 demandas junto ao Estado de São Paulo, 4.453 (2,98 %) pertenceram ao DRS VI. A judicialização junto ao DRS VI foi mais prevalente nos Municípios de Bauru (30,5%); Jaú (19,7%); Brotas (12,4%); Lençóis Paulista (4,7%); Pirajuí (3,2%); Botucatu (3,2%); Barra Bonita (3,0%); Lins (2,7%); Dois Córregos (2,2%), sendo os demais 59 municípios responsáveis por 18,4%. Já no Estado, o município de São Paulo apresentou o maior número de judicializações, (21,6%), seguido de Barretos (15,3%), São José do Rio Preto (13,5%), Franca (9,8%), Ribeirão Preto (9,3%), Bauru (7,1%), Araraquara (6,8%), Presidente Prudente (6,6%), Marília (5,6%) e Sorocaba (4,4%). Bauru, o município que mais sofreu com a judicialização no DRS VI, também ocupou destaque, estando na sétima posição em relação ao Estado. Houve maior prevalência da judicialização em pessoas com idade superior a 60 anos (48,6% - DRS VI e 45,8% - Estado), e do sexo feminino (58,7% - DRS VI e 62,9% - Estado). Os medicamentos mais judicializados, foram os antidepressivos no Estado (20,8%) e imunomoduladores no DRS VI (18,2%). Os principais diagnósticos envolvidos nas judicializações de medicamentos, considerando o código internacional de doenças (CID) junto ao DRS VI foram: problemas de coração e no sistema circulatório (19,2%);

enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular (18,8%); doenças mentais (15,8%); distúrbios do sistema nervoso e doenças degenerativas e inflamatórias (12,4%). No Estado houve maior prevalência de enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular (20,1%), seguido de doenças mentais (18,1%). O acesso ao judiciário foi predominante nas varas cíveis ou da fazenda pública (75,4% - DRS VI e 98,6% - Estado), com maior prevalência de ações somente contra o Estado (71,2% - DRS VI e 68,2% - Estado). Quanto à esfera administrativa, Hospitais e Clínicas Privadas foram mais prevalentes (57% - DRS VI e 66,6% - Estado). A maioria dos medicamentos judicializados não pertencia a nenhum programa nacional de medicamentos (85,7% - DRS VI e 83,4% - Estado). A análise comparativa da judicialização dos medicamentos entre os municípios mostrou-se heterogênea. Proporcionalmente à população, houve maior judicialização nos municípios de Barra Bonita e Brotas do que em Botucatu e Bauru. No Estado, Barretos foi o que mais judicializou, mesmo possuindo população cem vezes menor que São Paulo. **Conclusão:** O Estado foi o ente que mais sofreu ações judiciais e a esfera administrativa mais expressiva proveniente de hospitais e clínicas privadas. Tanto no Estado de São Paulo quanto no DRS VI, houve maior prevalência da judicialização entre pessoas acima de 60 anos, do sexo feminino, sendo a vara cível e da fazenda pública a mais demandada, com medicamentos não pertencentes a um programa definido. A maior distinção ficou a cargo do CID e medicamento mais judicializados, sendo no Estado mais prevalente o acometimento da saúde mental e no DRS-VI, referente a doenças do tecido conjuntivo, ósseo e muscular e dentre os medicamentos, antidepressivos junto ao Estado de São Paulo e imunossupressores no DRS – VI. Quando normatizado pelo total de habitantes, destaca-se Botucatu no DRS-VI e Sorocaba no Estado pela menor judicialização. A análise comparativa da judicialização entre os municípios tanto do Estado como do DRS mostrou-se não homogênea, sugerindo diferentes qualidades na gestão em saúde.

Palavras-chave: - Judicialização da Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão Sanitária.



5. ABSTRACT

Introduction: The 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil guaranteed citizens the fundamental right to health through the Unified Health System (SUS). Despite the entire system for accessing health care to the population, there are currently a significant number of lawsuits for the supply of medicines, which justifies the need for a detailed analysis of the factors that lead to judicialization. Objective: Analyze the requests for judicialization of medicines with the DRS VI – Bauru/SP and compare them with the State of São Paulo, considering the municipality, diagnosis, medicine, sphere and profile of the applicant. Methodology: This is a retrospective cross-sectional study that evaluated the requests for judicialization of medicines carried out in the last five years (from 2013 to 2018) in the 68 municipalities belonging to the DRS VI through the analysis of data provided by the State Health Department, comparing them to in relation to the 645 municipalities in the State of São Paulo. Data from the 10 municipalities with the highest demand for judicialization were analyzed, either from the State or from the DRS VI.

Result: Of a total of 149,401 claims with the State of São Paulo, 4,453 (2.98%) belonged to DRS VI. Judicialization with the DRS VI was more prevalent in the Municipalities of Bauru (30.5%); Jaú (19.7%); Sprouts (12.4%); Lençóis Paulista (4.7%); Pirajuí (3.2%); Botucatu (3.2%); Barra Bonita (3.0%); Lins (2.7%); Two Streams (2.2%), with the remaining 59 municipalities accounting for 18.4%. In the State, the municipality of São Paulo presented the highest number of judicializations (21.6%), followed by Barretos (15.3%), São José do Rio Preto (13.5%), Franca (9.8 %), Ribeirão Preto (9.3%), Bauru (7.1%), Araraquara (6.8%), Presidente Prudente (6.6%), Marília (5.6%) and Sorocaba (4.4 %). Bauru, the municipality that suffered the most from the judicialization in the DRS VI, was also highlighted, being in seventh position in relation to the State. There was a higher prevalence of judicialization in people over 60 years old (48.6% - DRS VI and 45.8% - State), and females (58.7% - DRS VI and 62.9% - State) . The most judicialized drugs were antidepressants in the State (20.8%) and immunomodulators in DRS VI (18.2%). The main diagnoses involved in drug judicializations, considering the international code of diseases (ICD) with the DRS VI were: heart and

circulatory system problems (19.2%); diseases that affect the connective, bone and muscle tissue (18.8%); mental illnesses (15.8%); nervous system disorders and degenerative and inflammatory diseases (12.4%). The other CIDs accounted for 28% of the demands. In the state, there was a higher prevalence of diseases that affect the connective, bone and muscle tissue (20.1%), followed by mental illnesses (18.1%). Access to the judiciary was predominant in civil courts or the public treasury (75.4% - DRS VI and 98.6% - State), with a prevalence of actions only against the State (71.2% - DRS VI and 68.2 % - State). As for the administrative sphere, Hospitals and Private Clinics were more prevalent (57% - DRS VI and 66.6% - State). Most of the drugs judicialized did not belong to any national drug program (85.7% - DRS VI and 83.4% - State). The comparative analysis of the judicialization of medicines between the municipalities proved to be heterogeneous. In proportion to the population, there was greater judicialization in the municipalities of Barra Bonita and Brotas than in Botucatu and Bauru. In the state, Barretos was the most judicialized, despite having a population one hundred times smaller than São Paulo. Conclusion: The State was the entity that suffered the most lawsuits and the most expressive administrative sphere from hospitals and private clinics. Both in the State of São Paulo and in the DRS VI, there was a higher prevalence of judicialization among women over 60 years of age, with the civil court and the public farm being the most demanded, with medicines not belonging to a defined program. The greatest distinction was made by the most judicialized CID and medication, with the most prevalent state that is, mental health impairment, and in DRS-VI diseases of the connective, bone and tissue tissue. and among the drugs, antidepressants in the State of São Paulo and immunosuppressants in the DRS – VI. When standardized by the total number of inhabitants, with Botucatu standing out in DRS-VI and Sorocaba in the state for the lowest prevalence judicialization. The comparative analysis of judicialization between the municipalities of both the State and the DRS proved to be non-homogeneous, suggesting different qualities in health management.

Keywords: - Judicialization of Health, Unified Health System, Health Management.

6. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88)¹ garantiu ao cidadão o direito fundamental à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O direito à saúde foi elevado a um verdadeiro direito social de fundamental e essencial importância para a manutenção da vida. Para garantir a efetivação desse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade e igualdade de acesso, integralidade da atenção e participação popular.

Com o advento da referida Constituição, o paradigma sanitário no Brasil começou a tomar novos rumos. Criou-se uma estrutura organizada e hierarquizada entre os entes públicos para atendimento à saúde de toda a população que são subvencionados através de receita obtida de tributos e outras fontes. Houve aqui uma positivação e afirmação da reforma sanitária, culminando com a saúde como um direito de cidadania.²

Até início do século XX, a assistência médica só era oferecida pelo setor privado, aos que podiam pagar; ou por instituições de caridade sustentadas pela Igreja ou doações, como as Santas Casas, Fundações Privadas em prol da saúde, entre outras. Não havia participação do Estado nesse tipo de prestação de serviço. A partir da década de 20, algumas empresas passaram a oferecer a seus empregados assistência médica, aposentadorias e pensões, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas, mais tarde, foram substituídas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com aumento progressivo da participação do Estado no decorrer do tempo. Essas instituições beneficiavam uma parcela da população definida como indigente, atendida em entidades filantrópicas, ou os trabalhadores formais. Sendo assim, o sistema de assistência à saúde no Brasil era dividido entre aqueles que podiam pagar pelos serviços; aqueles que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e os que não possuíam direito algum.

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde pautava-se, com o

apoio dos entes federados, no desenvolvimento de ações exclusivamente de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase em campanhas de vacinação e controle de endemias. Esta política pública visava ações de caráter geral, sem especificação em relação à população beneficiária. Atuava apenas em alguns hospitais especializados em tratamento psiquiátrico ou de algumas doenças como a tuberculose, além de ações realizadas pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FESP), em regiões específicas do país.³

Com as crises financeiras suportadas pelo financiamento da Previdência em meados das décadas de 70 e 80 houve a adoção de uma série de medidas por parte do INAMPS para aproximação do sistema de cobertura universal da saúde, mesmo antes do advento da CF/88.⁴ Foi um passo significativo para a implementação de um SUS, universal, igualitário, abrangendo todos os níveis de assistência.

Ao mesmo tempo em que criou-se um sistema de saúde mais amplo, segundo os parâmetros constitucionais, surgiram então alguns problemas práticos para a efetivação deste acesso, culminando com um aumento desenfreado de ações judiciais para fornecimento de fármacos, insumos e procedimentos médicos. Criou-se o fenômeno da medicalização e judicialização da saúde uma rotina no SUS, em que o Poder Judiciário, em busca da garantia de direitos individuais e sociais, passou a compelir o poder público a fornecer bens e serviços de saúde.⁵

Há uma tentativa do Poder Executivo, por intermédio do Ministério da Saúde, em editar portarias disciplinando blocos de medicamentos e procedimentos de atribuição de cada ente federado, mas por não tratar-se de lei em sentido estrito, acabam por não vincular o Poder Judiciário ao seu regramento. São exemplos o Programa da Farmácia Popular, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

O acesso aos medicamentos essenciais constitui um dos eixos das políticas de medicamentos (Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998) e de assistência farmacêutica (Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de

2004). A RENAME inclui as políticas de medicamentos dos componentes básico, estratégico, especializado, de insumos e de uso hospitalar da assistência farmacêutica. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS. Com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada. A lista deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis. Segundo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, ao fixar a adoção dessa relação, define-se também a sua sistemática revisão e atualização.

A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passa a ser responsável por propor a atualização da RENAME, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. A Conitec é um órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; e na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs). Por meio de instrumento legal, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) foi institucionalizada no Brasil como critério indispensável para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS.

Também segundo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, foi criada a REMUME. Cada município é responsável por garantir o acesso efetivo aos medicamentos de maior relevância e custo-efetividade, em observância às metas propostas no Plano Municipal de Saúde. São itens dispensados aos usuários do SUS atendidos nas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e ambulatórios de especialidades.

Conforme artigo 196 da CF/88¹, a saúde é direito de todos e dever do estado. Trata-se de norma constitucional de aplicação imediata e geral, expansível a todos que dela necessitem, seja em prol de brasileiros ou

estrangeiros que aqui residam ou permaneçam. Contudo o sistema organizacional é dividido entre União, estados e municípios. A contribuição financeira e repasses de cada um foram definidos através de Emenda Constitucional (Emendas Constitucionais: n. 29 de 2000 e n. 86 de 2015)¹. Foram criadas portarias, incluindo as que definem RENAME e REMUME, na tentativa de dividir responsabilidades secundárias, como indenizações em ações entre entes estatais, e responsabilização no fornecimento de medicamentos e procedimentos de alto custo padronizados ou não. Para a concretização do direito à saúde, o Poder Executivo deve agir seletiva e distributivamente, não sendo possível ao Poder Judiciário determinar que o ente estatal suporte os custos de medicamentos que não foram previamente selecionados mediante critérios técnicos que indicam as necessidades, priorizando o direito de uns em detrimento de muitos.²

Nesse ínterim, criou-se um efeito integrador, positivo, pautado-se no ativismo judicial, mas também um efeito negativo, que interfere diretamente na separação dos poderes e na discricionariedade do gestor público, gerando assim uma ingerência sobre políticas públicas que lhe cabem. ⁶

Surgiu, a partir do fenômeno da judicialização da saúde, a dúvida sobre o fornecimento ilimitado ou não, de medicamentos, além de procedimentos de alto e altíssimo custo. Há a necessidade de analisar os motivos pelos quais há grande número de demandas judiciais, a função da indústria farmacêutica e do profissional médico em suas prescrições e influências.

A judicialização ocorre, em sua grande maioria, quando a política pública sanitária não está disciplinada de forma harmônica em determinada localidade. Antes da propositura da ação judicial para o fornecimento de medicamentos, geralmente é tentada a dispensação pela via administrativa e, em não havendo o fornecimento administrativo, opta-se pela via judicial.⁷

Dependendo da forma como é feita a gestão em saúde para fornecimento de medicamentos, pode haver um descompasso entre necessidade e utilidade, criando assim oportunismos para operadores do direito, indústria farmacêutica e prescritores.

Na via administrativa os Municípios são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos de baixo custo, geralmente aqueles constantes na REMUME, sendo que os medicamentos de médio e alto custo ficam a cargo do Estado. Medicamentos experimentais, de altíssimo custo e não registrados pela ANVISA, devem ser judicializados em face da União.⁷

A crescente rotina de ações judiciais para acesso à Saúde junto à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, iniciaram-se na década de 1990, levando ao questionamento sobre a viabilidade de ter-se um retrato das questões sanitárias judicializadas do Estado. A análise pormenorizada dos fatores que levam à judicialização pode culminar em possíveis alternativas à melhor gestão da saúde no âmbito administrativo e judicial, e viabilizar eventual política pública tendente a minimizar seus efeitos.⁷

Segundo dados mencionados durante a audiência pública sobre judicialização da saúde realizada no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2017, os gastos da União e dos Estados cresceram 1.300% devido às demandas judiciais por fornecimento de medicamentos entre 2008 a 2015. De acordo com o Acórdão 1787, de 2017 do TCU, a maior parte dos gastos com medicamentos judicializados do Ministério da Saúde refere-se a itens não incorporados ao SUS. Os estados que mais demandam judicialmente são Minas Gerais, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Entre esses, São Paulo, Santa Catarina e Minas Gerais gastaram, juntos, entre 2013 e 2014, R\$ 772 milhões; valor superior ao gasto da União no mesmo período. Destacou-se também que os 10 medicamentos mais caros correspondem a quase 90% dos gastos com judicialização. O Ministério da Saúde pretende disponibilizar para todos os estados o *software* usado no Estado de São Paulo, S-CODE, que oferece informações sobre as condenações e medicamentos mais solicitados, para informatização de todo o país e facilitar o planejamento de políticas públicas.⁷

Assim, o presente estudo visou uma análise, a partir de dados técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, das questões judicializadas provenientes do Departamento Regional de Saúde da VI Região – Bauru-SP (DRS VI – Bauru), contrapondo a análise junto as 645 municípios do Estado

de São Paulo. Essa região do interior do Estado de São Paulo – DRS VI - abrange os Municípios de Aguas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembí, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de Antonian, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boracéia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaiçara, Içanga, Iaras, Igarçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulistânia, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Pirajuí, Piratininga, Pongá, Porangaba, Pratânia, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá, Torre de Pedra, Torrinha e Uru.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo geral

Analisar as solicitações de judicialização de medicamentos junto ao DRS VI – Bauru/SP e sua repercussão junto ao Estado de São Paulo, através do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde.

7.2. Objetivos específicos

- Analisar o perfil, natureza e espécie de medicamentos judicializados e dos requerentes na região do DRS VI – Bauru/SP.
- Avaliar os fatores que levam à judicialização sob o ponto de vista político, econômico e jurídico.
- Identificar as prováveis causas relacionados à judicialização dos medicamentos.
- Comparar características da judicialização de medicamentos no DRS VI com a judicialização de medicamentos de todo o Estado.

8. METODOLOGIA

8.1. Delineamento

Trata-se de estudo transversal retrospectivo que avaliou as solicitações de judicialização de medicamentos realizadas no período de cinco anos, entre 2013 a 2018, nos 68 municípios pertencentes ao VI Departamento Regional de Saúde, comparando-as com os dados dos 645 municípios do Estado de São Paulo.

8.2. Seleção de dados

Foram selecionados todos os casos de solicitação de fármacos via judicial junto aos Municípios que integram a DSR VI, Bauru –SP, constantes no banco de dados fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que foi requerido e fornecido, *on line*. O banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde foi o escolhido por ser pertencente a um órgão Oficial, e complementa as informações de todo o Estado. Apenas os casos que fizeram referência exclusiva aos medicamentos e insumos destinados aos pacientes com *diabetes mellitus* foram excluídos, devido a existência de estudos sobre essa patologia.¹⁴

Foram estudadas as variáveis do banco de dados fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, referente a medicamentos judicializados junto ao DRS VI e ao Estado. As informações contidas no banco de dados eram o medicamento judicializado, ano do fornecimento (2013 a 2018), o sexo do demandante, idade, esfera administrativa e judicial de propositura da ação, origem do paciente e o CID. Os fármacos foram agrupados por classe farmacológica e as doenças pelo CID. A faixa etária foi dividida em três grandes grupos e valores não especificados na planilha foram desconsiderados na análise estatística.

8.3. Protocolo de análise

Foram arrolados os dados, analisados um a um para verificação de enquadramento em tipo de medicamento, dados sociais do usuário, ano, idade, local de tramitação do processo (vara ou juizado). Também foram agrupados os medicamentos em classe farmacológica e doenças pelo CID

(anexos 1 e 2).

8.4. Análise estatística

Os dados obtidos foram tabulados em planilha Excel® (Microsoft Corporation, EUA). Foram agrupados e selecionados, dentro de cada item de incidência, os dez mais prevalentes, para análise estatística. Posteriormente foram submetidos à análise estatística por meio do programa computacional SPSS/Windows (versão 23).

Os dados foram apresentados como média e desvio-padrão ou mediana com intervalo interquartilico e a significância será de 5% ($p < 0.05$)

Inicialmente foi feita análise descritiva de todos os medicamentos judicializados no período, sendo calculadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de frequência para as variáveis categóricas. Posteriormente, foi analisada e comparada a judicialização dos medicamentos pelos 10 municípios com maior prevalência dos processos, tanto do DRS VI, quanto do Estado de São Paulo, utilizando-se o *Teste do Qui-Quadrado* para a comparação de variáveis categóricas e o *Teste t* ou *Mann-Whitney* para a comparação de variáveis contínuas.

9. RESULTADOS

A partir do banco de dados fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, contendo 149.401 casos judicializados, para o fornecimento de medicamentos, foram analisados e selecionados aqueles referentes às cidades que compõem o DRS VI, composta por 68 Municípios, contrapondo-os com os 645 municípios do Estado de São Paulo, no período de 2013 a 2018, excluindo os casos de *diabetes mellitus* por já existirem diversos estudos sobre medicamentos prescritos para o tratamento e sua judicialização. De um total de 149.401 (100%) demandas junto ao Estado de São Paulo, 4.453 (2,98 %) pertenciam ao DRS VI.¹⁴

Diante dos dados levantados, foram classificados os 10 principais municípios do Estado de São Paulo e do DRS VI, doenças por CID e medicamentos de acordo com a classe farmacológica.

9.1. Análise descritiva geral dos medicamentos judicializados no DRS-VI

Dentre os Municípios, os 10 que mais possuíam ações judiciais para o fornecimento de medicamentos junto ao DRS VI foram: Bauru (32%); Jaú (19,7%); Brotas (12,4%); Lenções Paulista (4,7%); Pirajuí (3,2%); Botucatu (3,2%); Barra Bonita (3,0%); Lins (2,7%) e Dois Córregos (2,2%); demais municípios (18,4%) conforme mostra a figura 1.

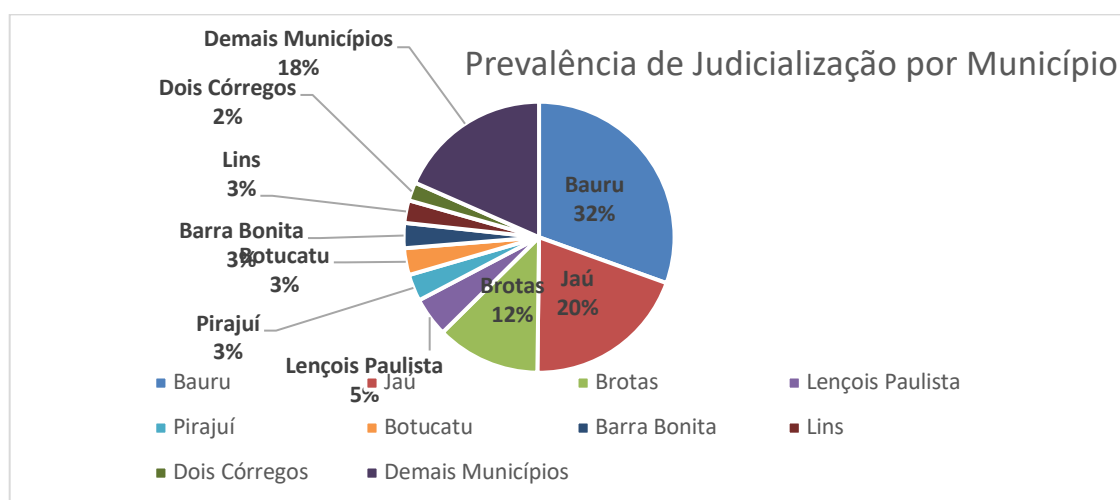


Figura 1. Distribuição dos Municípios da Direção Regional de Saúde VI de acordo com a prevalência de judicialização de medicamentos

Verifica-se desproporção entre a frequência da judicialização e o tamanho da população nos municípios do DRS VI. Bauru é o município mais populoso, compreendendo 32% (379.297) do total da população do DRS-VI, seguido de Botucatu e Jaú, 19% (148.130) e 20% (151.881), respectivamente. Já as cidades de Barra Bonita, Dois Córregos, Lins e Lençóis Paulista juntas compreendem em torno de 12% da população global do DRS-VI, conforme mostra a figura 2. Quando normatizado pela população, os três municípios que mais judicializaram medicamentos no DRS VI foram Brotas, Pirajuí e Jaú, e aqueles que menos judicializaram foram Botucatu, Lins e Lençóis Paulistas. A relação entre o número de judicialização e o número de habitantes dos municípios do DRS VI está representada na figura 3.

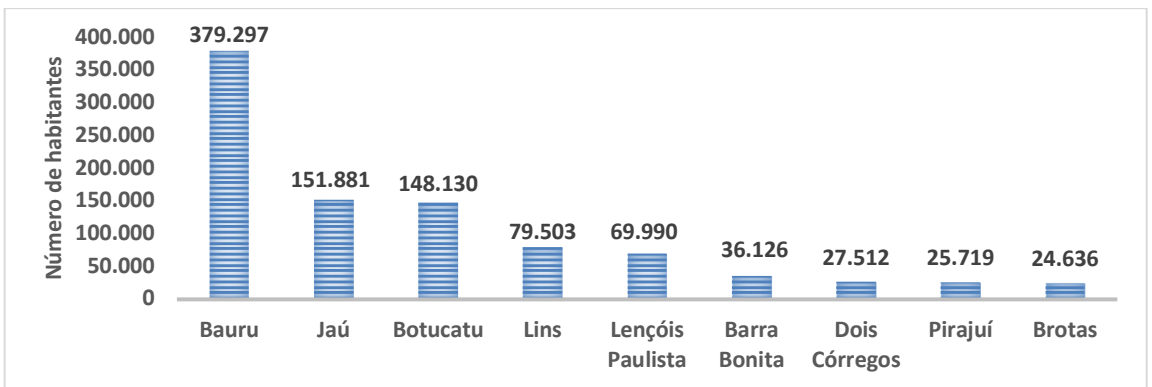


Figura 2. Distribuição dos municípios do DRS VI que mais judicializaram medicamentos segundo o número de habitantes (IBGE).

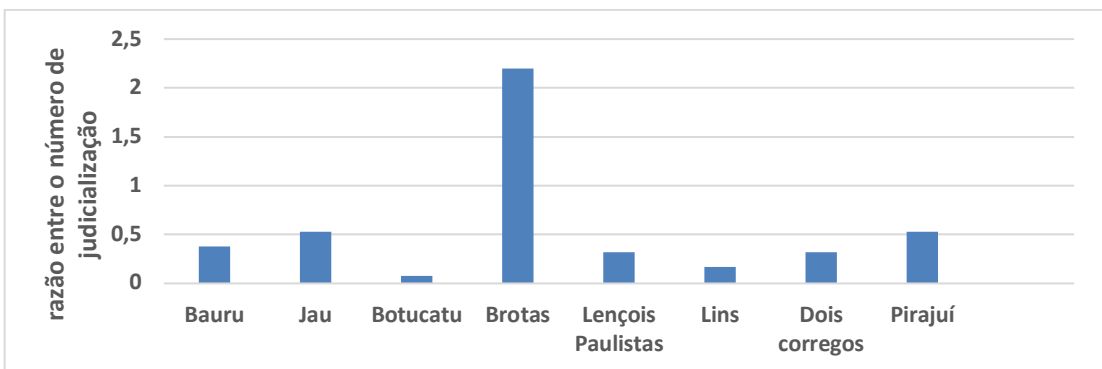


Figura 3. Razão entre o número de judicialização de medicamentos e a população dos municípios do DRS VI

Dentre os CIDs mais prevalentes, houve predomínio do CID I, relacionado a problemas de coração e no sistema circulatório, (19,2%), seguido das enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular classificadas entre os códigos M00 a M99 (18,8%) e doenças mentais, F00 a F99 (15,8%). Também foram prevalentes os distúrbios do sistema nervoso, G00 a G99 (12,4%), seguidos das enfermidades de visão humana, H00 a H59 (5,9%), doenças do sistema respiratório, J00 a J99 (4,6%), doenças dos órgãos genitais e sistema urinário, letra N (3,5%), doenças infecciosas, A00 a B99 (3,5%) e neoplasias e tumores, C00 a D48 (3,5%). Os demais CIDs foram responsáveis por 13,0% das causas judicializadas junto ao DRS-VI. A figura 4 descreve a distribuição dos CIDs de acordo com a prevalência de judicialização.

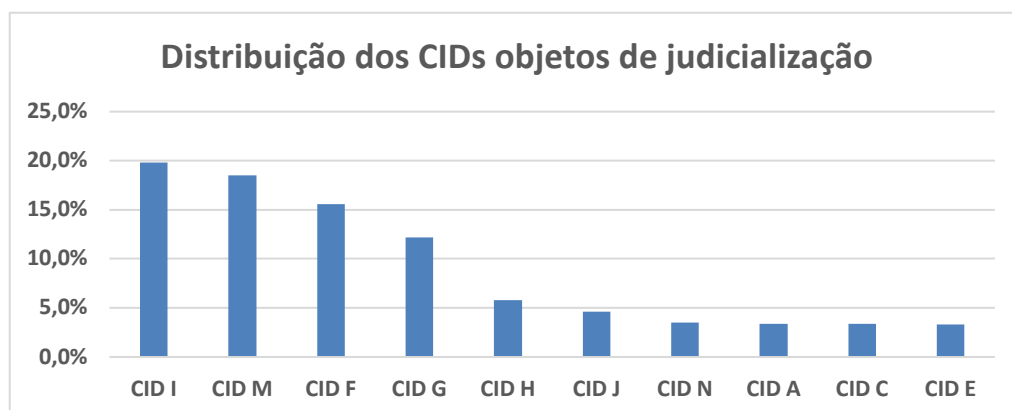


Figura 4. Distribuição dos CIDs objetos de judicialização junto ao DRS-VI

Considerando os medicamentos agrupados de acordo com a classe farmacológica, os benzodiazepínicos, ansiolíticos, antidepressivos, inibidores de receptação de serotonina e hipnóticos somaram 11,5%, enquanto os inibidores de acetilcolinesterase, imunossuppressores e imunomoduladores, 11,1%; os supressores de reabsorção óssea, reumatóides e antigotosos, 9,5%; os anticoagulantes, 7,0%; anticonvulsivantes 4,9%; anticorpos monoclonais, 4,6%; inibidores de protease, 3,7%, bloqueadores de receptor de angiotensina e anti-hipertensivos, 3,7%, glicosamina e condroitina, 3,2%, e os demais medicamento, 40,8%, conforme figura 5.

Distribuição de medicamentos judicializados agrupados por classe farmacológica, junto aos municípios do DRS VI

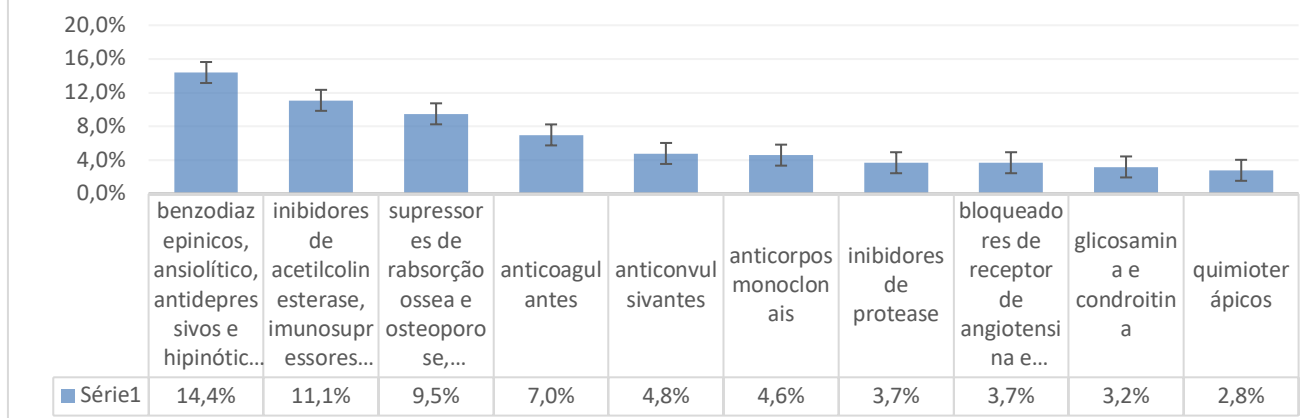


Figura 5. Distribuição de medicamentos judicializados agrupados por classe farmacológica, junto aos municípios do DRS VI

A judicialização foi maior entre os pacientes do sexo feminino (58,7%). O acesso ao judiciário foi predominante nas varas cíveis ou da fazenda pública (75,4%) e ações somente contra o Estado foram predominantes (71,2%). Quanto à esfera administrativa, Hospitais e Clínicas Privadas foram mais frequentes (57%). A tabela 1 mostra essas características.

Tabela 1. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o sexo, acesso ao judiciário, ação e esfera administrativa

Sexo	N (%)
- feminino	1240 (58,7)
Acesso ao judiciário	N (%)
- vara cível e fazenda pública	1592 (75,4)
- juizado especial	519 (24,6)
Ações contra	N (%)
- Município	4 (0,2)
- Estado	1503 (71,2)
- Estado e Município	585 (27,7)
- União, Estado e Município	19 (0,9)
Esfera	N (%)
- hospitais públicos	293 (13,9)
- hospitais e clínicas privadas	1197 (56,7)
- UBS e ambulatórios de especialidades	561 (26,6)
- não informado	40 (1,9)

Tabela 2. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e idade.

	BAURU N=1.270	JAU N=800	BROTA S N= 511	LENÇOIS PAULIST A N=190	PIRAJUÍ N=125	BOTUCA TU N=106	LINS N=104	BARRA BONITA N=91	DOIS CÓRREG OS N=88	DEMAIS MUNICÍPIO S N= 723
0–18 anos	186 (14,6)	86 (10,8)	82 (16,0)	39 (20,5)	23 (18,4)	21 (19,8)	15 (14,4)	24 (26,4)	18 (20,5)	125 (17,3)
19–60 anos	442(34,8)	280 (35,0)	152 (29,7)	48 (25,3)	54 (43,2) a	55 (51,9) a	52 (50,0) a	29 (31,9)	40 (45,5) a	288 (39,8)
>60 anos	642 (50,6)	434 (54,3)	277 (54,2)	103 (54,2)	48 (38,4) ^b	30 (28,3) b	37 (35,6) b	38 (41,8)	30 (34,1) b	310 (42,9)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

9.2 Análise comparativa entre os municípios quanto aos medicamentos judicializados

Os municípios diferiram quanto à principal faixa etária dos pacientes envolvidos nos processos de judicialização dos medicamentos. O não fornecimento do dado idade foi mais frequente nos municípios de Barra Bonita e Botucatu. Na maioria dos municípios (Barra Bonita, Bauru, Brotas, Jaú e Lençóis Paulista) houve predomínio da população idosa (> 60 anos); enquanto nos municípios Botucatu, Dois Córregos, Lins e Pirajuí, houve predomínio da população adulta não idosa. Em todos os municípios, a judicialização de medicamentos foi menos frequente na população infantil, conforme mostra a tabela 2.

Houve predomínio do sexo feminino nos processos judicializados em todos os municípios do DRS VI, porém a prevalência de mulheres foi ainda maior nos municípios de Bauru e Jaú, como mostra a tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e idade.

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCATU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
Feminino	827 (60,4) ^a	587 (66,3) ^a	316 (56,7)	104 (52,3)	79 (57,7)	76 (56,3)	57 (51,4)	69 (57,5)	54 (53,5)	445 (53,0)
Masculino	542 (39,6) ^b	298 (33,7) ^b	241 (43,3)	95 (47,7)	58 (42,3)	59 (43,7)	54 (48,6)	51 (42,5)	47 (46,5)	394 (47,0)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

Houve predomínio da vara cível e da fazenda pública nos processos judicializados em todos os municípios do DRS VI, porém a prevalência da vara cível e da fazenda pública foi ainda maior nos municípios de Bauru e Pirajuí, como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e vara.

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCATU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
Juizado Especial	297 (21,7) ^a	282 (31,9)	127 (22,8)	51 (25,6)	25 (18,2) ^a	30 (22,2)	27 (24,3)	31 (25,8)	29 (28,7)	198 (23,6)
Vara Cível e Fazenda Pública	1072(78,3) ^b	603 (68,1)	430 (77,2)	148 (74,4)	112 (81,8) ^b	105 (77,8)	84 (75,7)	89 (74,2)	72 (71,3)	641 (76,4)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

Os municípios diferiram quanto a ação, havendo predomínio de ação contra o Estado na maioria dos municípios (Bauru, Botucatu, Dois Córregos, Jaú, Lençóis Paulista e Lins) e maior prevalência de ação contra Estado e Município, nos municípios de Barra Bonita, Brotas e Pirajuí), conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e ação.

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCATU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
ESTADO	1311(95,8)	862 (97,4)	63 (11,3) a	143 (71,9)	26 (19,0) ^a	83 (61,5)	74 (66,7)	59 (49,2) ^a	83 (82,2)	467 (55,7)
MUNICÍPIO	3 (0,2)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,8)	0 (0,00)	5 (0,6)
ESTADO E MUNICÍPIO ESTADO.	50 (3,7)	21 (2,4)	494 (88,7) ^b	56 (28,1)	111(81,0) b	43 (31,9)	23 (20,7)	60 (50,0) ^b	18 (17,8)	357 (42,6)
MUNICÍPIO E UNIÃO	5 (0,4)	2 (0,2)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (6,7)	14 (12,6)	0(0,00)	0 (0,00)	10 (1,2)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

Os municípios diferiram quanto ao diagnóstico relacionado à judicialização dos medicamentos, havendo predomínio das patologias que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular nos municípios de Bauru, Jaú e Lençóis Paulista; enquanto as patologias relacionadas a doenças mentais foram mais prevalentes nos municípios de Barra Bonita, Dois Córregos, Brotas e Pirajuí, e as patologias genitais e do sistema urinário prevaleceram nos municípios de Botucatu e Lins conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e diagnóstico.

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCA TU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGO S N=101	DEMAIS MUNICÍPIO S N=839
I	8(6,7)	113 (12,8)	212 (38,1)	113 (12,8)	4 (2,9)	23 (17,0)	14 (12,6)	8 (6,7)	26 (25,7)	159 (19,0)
M00 a M99	311 (22,7)	254 (28,7)	56 (10,1) a	37 (18,6)	9 (6,6) ^a	9 (6,7)	17 (15,3)	15 (12,5)	7 (6,9) ^a	121 (14,4)
F00 a F99	163 (11,9)	139 (15,7)	114 (20,5) b	29 (14,6)	28 (20,4) b	4 (3,0)	10 (9,0)	29 (24,2) ^b	28 (27,7) ^b	159 (19,0)
G00 a G99	204 (14,9)	58 (6,6) ^c	45 (8,1) ^c	31 (15,6)	24 (17,5)	34 (25,2)	22 (19,8)	14 (11,7)	23 (22,8)	96 (11,4)
H00 a H59	46 (3,4)	123 (13,9) ^d	15 (2,7)	10 (5,0)	5 (3,6)	5 (3,7)	3 (2,7)	8 (6,7)	2 (2,0)	45 (5,4)
J00 a J99	82 (6,0)	24 (2,7)	23 (4,1)	24 (2,7)	13 (9,5)	6 (4,4)	5 (4,5)	18 (15,0)	3 (3,0)	30 (3,6)
N	39 (2,8)	18 (2,0)	17 (3,1)	17 (8,5)	11 (8,0)	10 (7,4)	3 (2,7)	8 (6,7)	3 (3,0)	29 (3,5)
A00 a B99	64 (4,7)	37 (4,2)	2 (0,4)	0 (0,0)	4 (2,9)	2 (1,5)	17 (15,3) ^c	5 (4,2)	4 (4,0)	19 (2,3)

C00 a D48	45 (3,3)	31 (3,5)	9 (1,6)	1 (0,5)	3 (2,2)	11 (8,1)	5 (4,5)	4 (3,3)	0(0,00)	45 (5,4)
Demais CIDs	183 (13,4)	88 (9,9)	64 (11,5)	32 (16,1)	14 (10,2)	31 (23,0) ^f	15 (13,5)	11 (9,2)	5 (5,0)	136 (16,2)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^d p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^e p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^f p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios diferiram quanto à esfera da judicialização. Houve predomínio da esfera privada em todos os municípios, exceto em Botucatu, no qual a esfera pública foi predominante. A esfera UBS e ambulatorios de especialidades foi a segunda mais frequente em todos os municípios, exceto de Barra Bonita, Botucatu e Lins, conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e esfera

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCATU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
PRIVADOS	791 (57,8)	589 (66,6)	323 (58,0)	92 (46,0) ^a	61 (44,5) ^a	52 (38,5) ^a	73 (65,8)	93 (77,5)	57 (56,4)	436(52,0)
PÚBLICOS	199 (14,5)	39 (4,4)	39 (7,0)	25 (12,6)	20 (14,6)	70 (51,9) ^b	23 (20,7)	15 (12,5)	17 (16,8)	173 (20,6)
UBS /Amb. Esp.	358(26,2)	236 (26,7)	185 (33,2)	81 (40,7)	54 (39,4)	8 (5,9) ^c	12 (10,8) ^c	12 (10,0) _c	26 (25,7)	211 (25,1)
NÃO INFORMADO	21 (1,5)	21 (2,4)	10 (1,8)	1 (0,5)	2 (1,5)	5 (3,7)	3 (2,7)	0 (0,00)	1 (1,0)	19 (2,3)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

Os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados. Houve predomínio dos medicamentos pertencentes à classe dos ansiolíticos e antidepressivos nos municípios de Barra Bonita, Brotas, Dois Córregos, Lins e Pirajuí; seguidos pelo predomínio dos imunossupressores e imunomoduladores nos municípios de Jaú e Botucatu; a classe dos reumatoides e supressores de reabsorção óssea nos municípios de Bauru e Lençóis Paulista, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e medicamento

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇOIS PAULIST A N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCAT U N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
Inibidores de Protease	71 (5,2)	30 (3,4)	1 (0,2)	7 (3,5)	1 (0,7)	7 (5,2)	15 (13,5)	5 (4,2)	6 (5,9)	23 (2,7)
Glicosamina e Condroitina	75 (5,5)	36 (4,1)	8 (1,4)	4 (2,0)	1 (0,7)	0(0,00)	4 (3,6)	3 (2,5)	1 (1,0)	12 (1,4)
Anticonvulsivantes	57 (4,2)	30 (3,4)	40 (7,2)	9 (4,5)	8 (5,8)	6 (4,4)	4 (3,6)	8 (6,7)	8 (7,9)	46 (5,5)
Anticoagulantes	104 (7,6)	39 (4,4)	35 (6,3)	19 (9,5)	11 (8,0)	14 (10,4)	7 (6,3)	7 (5,8)	5 (5,0)	69 (8,2)
Antidepressivo	155 (11,3)	129 (14,6)	92 (16,5)	26 (13,1)	24 (17,5)	8 (5,9)	20 (18,0)	25 (20,8)	32 (31,7) ^a	131 (15,7)
Reumatoides	188 (13,7)	97 (11,0)	22 (3,9)	23 (11,6)	10 (7,3)	2 (1,5)	2 (1,8)	5 (4,2)	2 (2,0)	74(8,8)
Imunossupressores	120 (8,8)	154 _b (17,4)	36 (6,5)	15 (7,5)	5 (3,6)	36 (26,7) ^b	16 (14,4)	8 (6,7)	9 (8,9)	97 (11,6)
Anticorpos Monoclonais	47 (3,4)	84 (9,5)	10 (1,8)	5 (2,5)	1 (0,7)	7 (5,2)	6 (5,4)	6(5,0)	1(1,0)	38 (4,5)
Demais medicamentos	520 (38,0)	261 (29,5)	275 (49,4)	77 (38,7)	4 (2,9) ^c	49 (36,3)	34 (30,6)	49 (40,8)	32 (31,7)	321 (38,3)
Anti-hipertensivos	32 (2,3)	25 (2,8)	38 (6,8)	14 (7,0)	66 (48,2) ^d	6 (4,4)	3 (2,7)	4 (3,3)	5 (5,0)	28 (3,3)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^d p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios foram semelhantes quanto a distribuição de medicamentos importados ou nacionais, sendo a grande maioria nacional em todos os municípios (> 99%), conforme mostra a tabela 9.

Tabela 9. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o tipo de medicamento (nacional ou importado)

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇOIS PAULIST A N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCAT U N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	DEMAIS MUNICÍPIOS N=839
Importado	2 (0,1)	3 (0,3)	1 (0,2)	1 (0,5)	0 (0,00)	1 (0,7)	0 (0,00)	1 (0,8)	1 (1,0)	7 (0,8)
Nacional	1367(99,9)	882 (99,7)	556 (99,8)	198 (99,5)	137 (100)	134 (99,3)	111(100)	119 (99,2)	100 (99,0)	832 (99,2)

Os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados pertencerem ou não a algum programa nacional. Em todos os municípios, a maioria dos medicamentos judicializados não pertenciam a nenhuma política

nacional, porém, os municípios de Barra Bonita, Pirajuí e Brotas apresentaram maior prevalência de medicamentos judicializados pertencentes à política nacional de medicamentos quando comparados aos demais municípios, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10. Distribuição dos medicamentos judicializados no DRS VI de acordo com o município e pertencimento a algum programa nacional de medicamento

	BAURU N=1.369	JAU N=885	BROTAS N=557	LENÇÓIS PAULISTA N=199	PIRAJUÍ N=137	BOTUCATU N=135	LINS N=111	BARRA BONITA N=120	DOIS CÓRREGOS N=101	D M N
Não se aplica	1196(87,4)	768 (86,8)	416 (74,7) ^a	167 (83,9)	105 (76,6) ^a	117 (86,7)	94 (84,7)	95 (79,2) ^a	89 (88,1)	69
Especializado	92 (6,7)	69 (7,8)	70 (12,6)	16 (8,0)	16 (11,7)	11 (8,1)	7 (6,3)	11 (9,2)	8 (7,9)	7
Especializado MS	30 (2,2)	21 (2,4)	9 (1,6)	5 (2,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	6 (5,4)	6 (5,0)	3 (3,0)	2
Dose Certa	17 (1,2)	14 (1,6)	30(5,4)	6 (3,0)	8 (5,8)	4 (3,0)	3 (2,7)	1 (0,8)	1 (1,0)	2
Estratégicos	7 (0,5)	0 0(0,0)	2 (0,4)	0 (0,00)	2 (1,5)	0(0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4
Protocolo Estadual	9 (0,7)	3 (0,3)	5 (0,9)	1 (0,5)	2 (1,5)	0(0,00)	0 (0,00)	7 (5,8)	0 (0,00)	7
Componente básico	18 (1,3)	10 (1,1)	25 (4,5)	4 (2,0)	2 (1,5)	1 (0,7)	1 (0,9)	0 (0,00)	0 (0,00)	1

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

9.3. Análise descritiva geral dos medicamentos judicializados junto ao Estado de São Paulo

Dentre os Municípios, os 10 que mais possuíam ações judiciais para o fornecimento de medicamentos junto ao Estado de São Paulo: São Paulo (15,6%); Barretos (18,7%); São José do Rio Preto (13,7%); Franca (9,9%); Ribeirão Preto (7,9%); Bauru (7,9%); Araraquara (5,9%); Presidente Prudente (8,1%); Marília (6,2%); Sorocaba (6,0%) conforme mostra a figura 6.

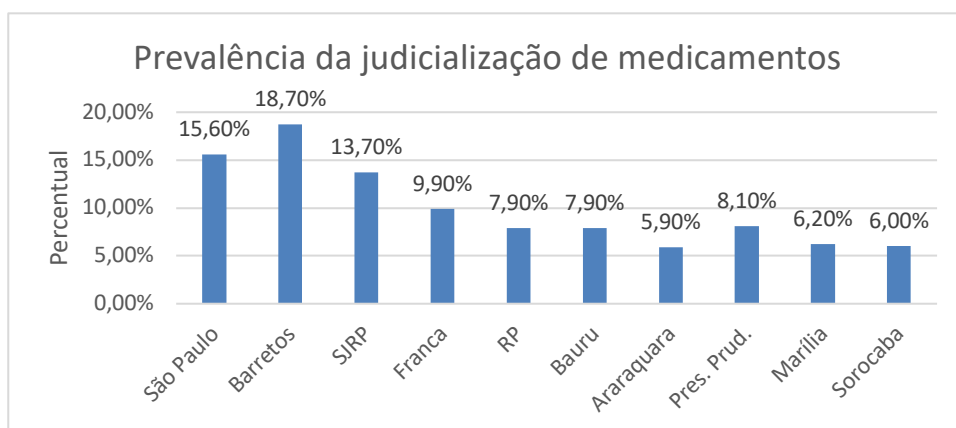


Figura 6. Distribuição dos 10 Municípios do Estado de São Paulo, de acordo com a prevalência de judicialização de medicamentos

Quando normatizado pelo total de habitantes, verifica-se desproporção entre a frequência da judicialização e o tamanho da população nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo é o município mais populoso, compreendendo 26,57% do total da população do Estado de São Paulo, sendo que os outros 09 municípios do Estado de São Paulo que mais sofreram com a judicialização correspondem a 7,42% da população do Estado, conforme mostra a figura 7.

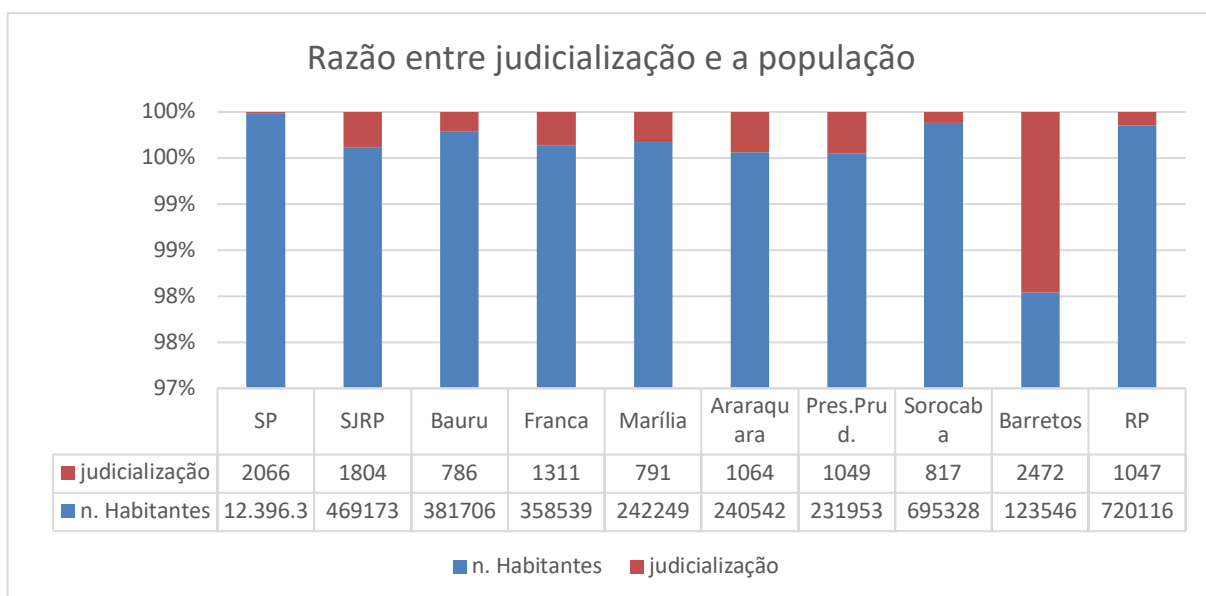


Figura 7. Razão entre a judicialização e a população (IBGE)

Dentre os CIDs mais prevalentes, houve predomínio do CID F00 a F99,

doenças mentais (19,9%), seguido das enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular M00 a M99 (15,4%). Também foram prevalentes os distúrbios do sistema nervoso, G00 a G99 (15,3%), seguidos de problemas de coração e sistema circulatório, I, (14,0%), neoplasias e tumores, C00 a D48 (12,3%), das enfermidades de visão humana, H00 a H59 (12,1%), doenças infecciosas, A00 a B99 (6,7%), sistema respiratório, J00 a J99 (1,8%), distúrbios hormonais, E00 a E90 (1,4%) e doenças dos órgãos genitais e sistema urinário, letra N (1,1%). A figura 8 descreve a distribuição dos CIDs de acordo com a prevalência de judicialização.

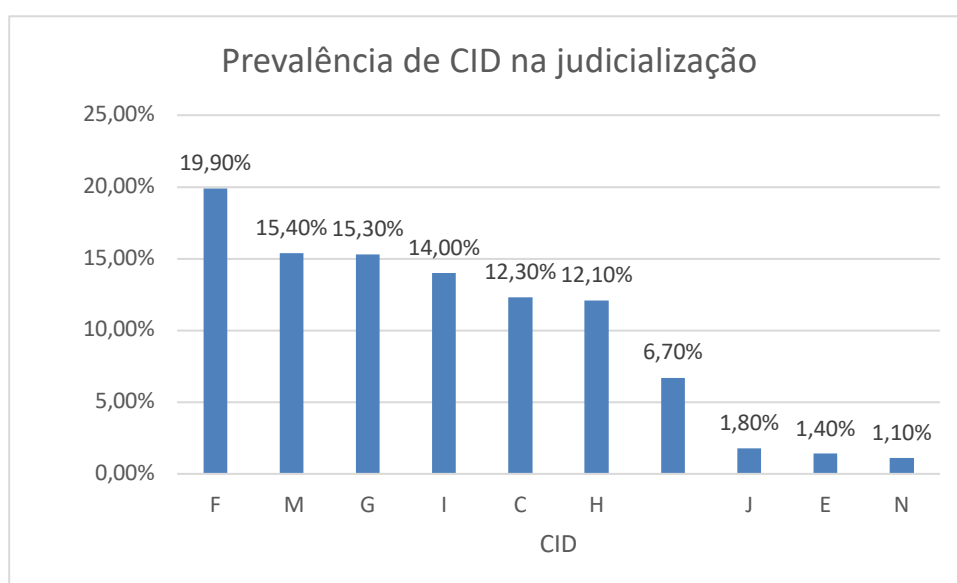


Figura 8. Prevalência de CIDs objeto de judicialização junto ao Estado de São Paulo.

Considerando os medicamentos agrupados de acordo com a classe farmacológica, os benzodiazepínicos, ansiolíticos, antidepressivos, inibidores de receptação de serotonina e hipnóticos somaram 19,3%, enquanto os anticorpos monoclonais, 17,4%; inibidores de acetilcolinesterase, imunossupressores e imunomoduladores, 11,1%; bloqueadores de receptor de angiotensina e anti-hipertensivos, 10,7%, os supressores de reabsorção óssea, reumatoides e antigotosos, 9,3%; os anticonvulsivantes, 9,2%; anticoagulantes 7,8%; inibidores de protease,

5,1%; inibidor de recaptção de serotonina, 4,3% e glicosamina e condroitina, 2,9%, conforme figura 9.

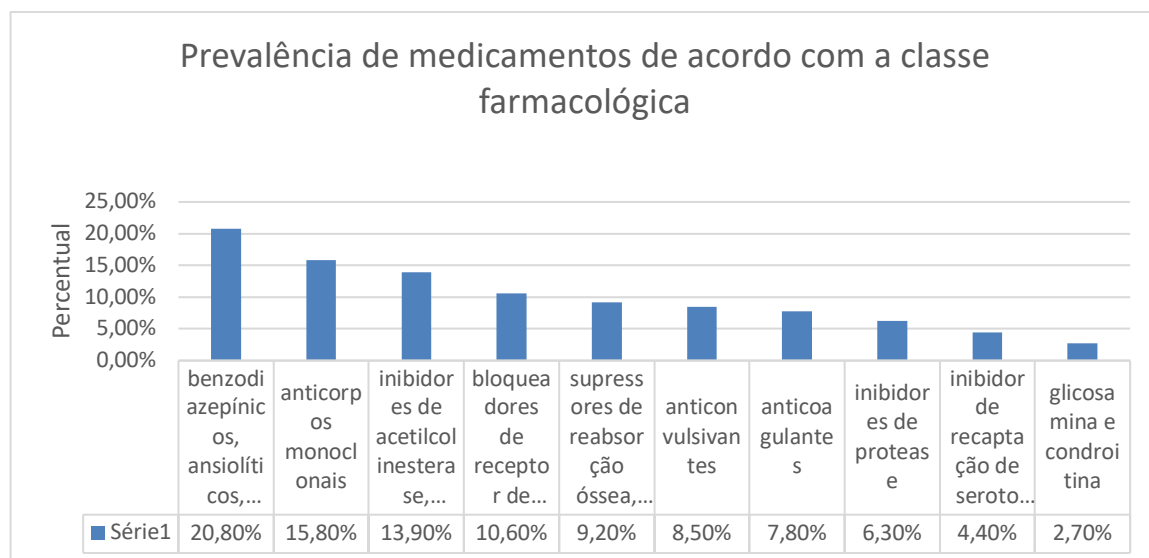


Figura 9. Prevalência de medicamentos judicializados agrupados por classe farmacológica, junto ao Estado de São Paulo.

A judicialização foi maior entre os pacientes do sexo feminino (62,0%). O acesso ao judiciário foi predominante nas varas cíveis ou da fazenda pública (98,5%) e ações somente contra o Estado foram predominantes (64,7%). Quanto à esfera administrativa, Hospitais e Clinicas Privadas foram mais frequentes (68,7%). A tabela 10 mostra essas características.

Tabela 10. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o sexo, acesso ao judiciário, ação e esfera administrativa.

Variáveis	
Sexo	N (%)
- feminino	8176 (62,0)
Acesso ao judiciário	N (%)
- vara cível e fazenda pública	13004 (98,5)
- juizado especial	193 (1,5)
Ações contra	N (%)
- Município	13 (0,1)
- Estado	8536 (64,7)
- Estado e Município	4568 (34,6)

- União, Estado e Município	79 (0,6)
Esfera	N (%)
- hospitais públicos	1674 (12,7)
- hospitais e clínicas privadas	9069 (68,7)
- UBS e ambulatórios de especialidades	2137 (16,2)
- não informado	317 (2,4)

9.4 Análise comparativa entre os municípios paulistas quanto aos medicamentos judicializados

Os municípios diferiram quanto à principal faixa etária dos pacientes envolvidos nos processos de judicialização dos medicamentos. O não fornecimento do dado idade foi mais frequente nos municípios de Barretos e Sorocaba, seguido de São Paulo. Com exceção de São Paulo, em que a maior prevalência de judicialização foi da população entre 19 e 60 anos, nos demais houve predomínio da população idosa (> 60 anos), seguidos da população entre 19 a 60 anos. Em todos os municípios, a judicialização de medicamentos foi menos frequente na população infantil, conforme mostra a tabela 11.

Tabela 11. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e idade

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
0-18 anos	193 (9,3)	31 (1,2)	104 (5,7)	46 (3,8)	24 (2,7)	133 (12,6)	39 (4,9)	42 (3,9)	60 (7,3)	49 (6,2)
19-60 anos	898 (48,1) ^a	544 (22,0)	539(29,8)	470 (38,8)	361 (40,7) ^a	402 (38,3)	249 (31,7)	469 (44,1) ^a	266 (32,5)	345 (43,6) ^a
>60 anos	845 (45,3)	1028(41,6)	1133(62,8) ^b	679(56,1) ^b	607 (58,0) ^b	416 (39,6)	446 (56,8) ^b	526 (49,4)	271 (33,2)	393 (49,7)
N/I	129 (6,9)	868 (35,1) ^c	27(1,4)	115(9,5)	54 (5,1)	97 (9,2)	51 (6,4)	26 (2,4)	219 (26,8) ^c	3 (0,3)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

Houve predomínio do sexo feminino nos processos judicializados em todos os municípios do Estado de São Paulo, porém a prevalência de mulheres foi ainda maior nos municípios de Barretos e São José do Rio Preto, embora sem diferença estatisticamente significativa, como mostra a tabela 12.

Tabela 12. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e sexo

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
Feminino	1134 (54,9)	1681 (68,0)	1188 (65,8)	820 (62,5)	639 (61,0)	609 (58,1)	509 (64,8)	664 (62,4)	460 (56,3)	472 (59,7)
Masculino	931 (45,0)	790 (31,9)	615 (34,1)	490 (37,4)	407 (38,9)	439 (41,8)	276 (35,1)	399 (37,5)	356 (43,6)	318 (40,2)

A vara cível e da fazenda pública foi predominante nos processos judicializados em todos os municípios do Estado de São Paulo, porém a prevalência da vara cível e da fazenda pública foi ainda maior no município de São Paulo, como mostra a tabela 13.

Tabela 13. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e vara.

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
Juizado Especial	10 (0,4)	28 (1,1)	23 (1,2)	19 (1,4)	29 (2,7)	27 (2,5)	11 (1,4)	17 (1,5)	14 (1,7)	15 (1,8)
Vara Cível e Fazenda Pública	1055 (99,5) ^a	2443 (98,8)	1780 (98,7)	1291 (98,5)	1017 (97,2)	1021 (97,4)	774 (98,5)	1046 (98,4)	802 (98,2)	775 (98,1)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios diferiram quanto a ação, havendo predomínio de ação contra o Estado na maioria dos municípios e maior prevalência de ação contra Estado e Município, nos municípios de Franca, Ribeirão Preto, Araraquara e Marília, conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e ação.

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
ESTADO	1733 (83,9)	2305 (93,2)	1773 (98,3)	248 (18,9) ^a	70 (6,6) ^a	1044 (99,8)	759 (96,6)	68 (6,3) _a	431 (52,8)	105 (13,2) ^a
MUNICÍPIO	1 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,1)	4 (0,3)	1 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,4)	0 (0,0)
ESTADO E MUNICÍPIO	274 (13,2)	164 (6,6)	29 (1,6)	1052 (80,3) ^b	972 (92,9) _b	3 (0,2)	22 (2,8)	994 (93,5) _b	377 (46,2)	681 (86,2) ^b
ESTADO, MUNICÍPIO E UNIÃO	57 (2,7)	2 (0,0)	0 (0,0)	8 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,5)	1 (0,0)	3 (0,3)	4 (0,5)

Os municípios diferiram quanto ao diagnóstico relacionado à judicialização dos medicamentos, havendo predomínio de doenças mentais nos municípios de Franca, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Araraquara e Marília; enquanto no município de São Paulo, houve predomínio de neoplasias e tumores; já enfermidades que acometiam o tecido conjuntivo, ósseo e muscular foram mais prevalentes em Barretos, São José do Rio Preto e Bauru; e distúrbios do sistema nervoso predominaram em Sorocaba. Por sua vez, o CID F foi mais prevalente em Franca, Presidente Prudente e Marília, conforme mostra a tabela 15.

Tabela 15. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e diagnóstico.

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara a N=1063 3	Sorocaba N=816	Marília N=790
I	132 (6,3) ^a	460 (18,6)	223 (12,3)	270 (20,6)	169 (16,1)	129 (12,3)	109 (13,8)	143(13,4)	103 (12,6)	115 (14,5)
M00 a M99	113 (1,0)	554 (22,4) ^b	502 (27,8) ^b	83 (6,3)	66 (6,3)	43 (4,1)	275 (35,0) ^b	48 (13,9)	107 (13,1)	136 (17,2)
F00 a F99	240 (11,6)	404 (16,3)	216 (11,9)	403 (30,7) ^c	186 (17,7)	441 (42,0) ^c	110 (14,0)	149 (23,4)	147 (18,0)	228 (28,8) ^c
G00 a G99	399 (19,3)	334 (13,5)	272 (15,0)	195 (14,8)	180 (17,2)	79 (7,5)	139 (17,7)	56 (14,6)	147 (18,0)	124 (15,6)
H00 a H59	90 (4,3)	288 (11,6)	252 (13,9)	156 (11,9)	195 (18,6)	207 (19,7)	38 (4,8)	112 (19,9)	83 (10,1)	77 (9,7)
J00 a J99	24 (1,1)	96 (3,8)	20 (1,1)	18 (1,3)	38 (3,6)	4 (0,3)	11 (1,4)	7 (0,6)	6 (0,7)	14 (1,7)

N	18 (0,8)	29 (1,1)	10 (0,5)	20 (1,5)	23 (2,1)	13 (1,2)	7 (0,8)	14 (1,3)	7 (0,8)	4 (0,5)
A00 a B99	531 (25,7)	59 (2,3)	79 (4,3)	15 (1,1)	28 (2,6)	26 (2,4)	55 (7,0)	15 (1,4)	49 (6,0)	22 (2,7)
C00 a D48	489 (23,6) ^d	191 (7,7)	216 (11,9)	144 (10,6)	156 (14,9)	103 (9,8)	27 (3,4)	98 (9,2)	141 (17,2)	61 (7,7)
E00 a E90	29 (1,4)	56 (2,2)	13 (0,7)	6 (0,4)	5 (0,4)	3 (0,2)	14 (1,7)	21 (1,9)	26 (3,1)	9 (1,1)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^d p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios não diferiram quanto à esfera da judicialização. Houve predomínio da esfera privada em todos os municípios. A esfera UBS e ambulatorios de especialidades foi a segunda mais frequente em todos os municípios, exceto em São Paulo e Ribeirão Preto e Marília, nos quais os hospitais públicos foram os segundos mais prevalentes em conforme mostra a tabela 16.

Tabela 16. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e esfera

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
PRIVADOS	1516 (73,4)	1846 (74,7)	1431(79,3)	920 (70,2)	648 (61,9)	636 (60,6)	432 (55,0) ^a	637 (59,9) ^a	533 (65,3)	470 (59,4) ^a
PÚBLICOS	315 (15,2)	222 (8,9)	113 (6,2)	137 (10,4)	245 (23,4) ^b	110 (10,4)	91 (11,5)	144 (13,5)	95 (11,6)	202 (25,5) ^b
UBS /Amb. Esp.	143 (6,9)	382 (15,4)	247 (13,6)	230 (17,5)	132 (12,6)	293 (27,9) ^c	250 (31,8) ^c	263 (24,7) ^c	87 (10,6)	110 (13,9)
NÃO INFORMADO	91 (4,4)	21 (0,8)	12 (0,6)	23 (1,7)	21 (2,0)	9 (0,8)	12 (1,5)	19 (1,7)	101 (12,3)	8 (1,0)
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados. Houve predomínio dos medicamentos pertencentes à classe dos ansiolíticos e antidepressivos nos municípios de Barretos, Franca, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Araraquara e Marília; seguidos pelo predomínio dos anticorpos

monoclonais, em Bauru e São José do Rio Preto; e inibidores de protease no município de São Paulo, conforme mostra a tabela 17.

Tabela 17. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e medicamento.

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816
Inibidores de Protease	528 (25,5) ^a	46 (1,8)	76 (4,2)	9 (0,6)	23 (2,1)	25 (2,3)	55 (7,0)	12 (1,1)	32 (3,9)
Glicosamina e Condroitina	15 (0,7)	152 (6,1)	17 (0,9)	13 (0,9)	4 (0,3)	7 (0,6)	71(9,0)	46 (4,3)	8 (0,9)
Antidepressivo	257 (12,4)	486 (19,6)	253 (14,0)	363 (27,7) ^b	217 (20,7)	413 (39,4) ^b	116 (14,7)	298 (28,0) ^b	136 (16,6)
Inibidor re/serotonina	31 (1,5)	148 (5,9)	53 (2,9)	90 (6,8)	28 (2,6)	38 (3,6)	28 (3,5)	66 (6,2)	50 (6,1)
Anticonvulsivantes	83 (4,0)	464 (18,7) ^c	103 (5,7)	147 (11,2)	34 (3,2)	68 (6,4)	34 (4,3)	88 (8,2)	106 (12,9)
Reumatoides	165 (7,9)	172 (6,9)	137 (7,5)	159 (12,1)	54 (5,1)	55 (5,2)	54 (6,8)	126 (11,8)	88 (10,7)
Imunossuppressores	122 (5,9)	223 (9,0)	200 (11,0)	173 (13,2)	183 (17,4)	109 (10,4)	101 (12,8)	105 (9,8)	80 (9,8)
Anticorpos Monoclonais	80 (3,8)	262 (10,6)	276 (15,3) ^d	53 (4,0)	25 (2,3)	15 (1,4)	185 (23,5) ^d	53 (4,9)	45 (5,5)
Anticoagulante	365 (17,6)	251 (10,1)	318 (17,6)	214 (16,3)	248 (23,7)	225 (21,4)	98 (12,4)	170 (15,9)	131 (16,0)
Anti-hipertensivos	419 (20,2)	267 (10,8)	370 (20,5)	89 (6,7)	230(21,9)	93 (8,8)	43 (5,4) ^e	99 (9,3)	140 (17,1)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

^b p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^c p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^d p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

^e p < 0.05, quando comparado com os outros municípios

Os municípios não diferiram quanto a origem dos medicamentos, com predomínio da judicialização de medicamentos nacionais em todos os municípios (> 99%), conforme mostra a tabela 18.

Tabela 18. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e medicamento importado

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
Importado	15 (0,7)	2 (0,0)	11 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,0)	4 (0,4)	1 (0,1)
Nacional	2050 (99,2)	2469 (99,9)	1792 (99,3)	1310 (100)	1046 (100)	1048 (100)	784 (99,8)	1062 (99,9)	812 (99,5)	789 (99,8)

Os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados pertencerem ou não a algum programa nacional. Em todos os municípios, a maioria dos medicamentos judicializados não pertencia a nenhuma política nacional, porém, os municípios de Barretos, Franca e Marília apresentaram

maior prevalência de medicamentos judicializados pertencentes a alguma política nacional de medicamentos quando comparados aos demais municípios, conforme mostra a tabela 19.

Tabela 19. Distribuição dos medicamentos judicializados no Estado de São Paulo de acordo com o município e pertencimento a algum programa nacional de medicamento

	SP N=2065	Barretos N=2471	SJRP N=1803	Franca N=1310	RP N=1046	Pres. Prud N=1048	Bauru N=785	Araraquara N=1063	Sorocaba N=816	Marília N=790
Não se aplica	1770 (85,7)	1957 (79,2) ^a	1658 (92,0)	955 (72,9) ^a	892 (85,3)	944 (90,1)	700 (89,2)	893 (84,0)	642 (78,7)	600 (75,9) ^a
Especializado	175 (8,5)	300 (12,1)	97 (5,4)	158 (12,1)	66 (6,3)	54 (5,2)	51 (6,5)	98 (9,2)	95(11,6)	84 (10,6)
Especializado MS	35 (1,7)	42 (1,7)	21 (1,2)	71 (5,4)	67 (6,4)	18 (1,7)	20 (2,5)	21 (2,0)	16 (2,0)	25 (3,2)
Dose Certa	46 (2,2)	142 (5,7)	14 (0,8)	91 (6,9)	20 (1,9)	26 (2,5)	11 (1,4)	29 (2,7)	55 (6,7)	58 (7,3)
Estratégicos	1 (0,0)	1 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Protocolo Estadual	10 (0,5)	12 (0,5)	4 (0,2)	12 (0,9)	1 (0,1)	3 (0,3)	0 (0,0)	3 (0,3)	1 (0,1)	3 (0,4)
Componente básico	28 (1,4)	17 (0,7)	9 (0,5)	23 (1,8)	0 (0,0)	3 (0,3)	2 (0,3)	19 (1,8)	7 (0,9)	20 (2,5)

^a p < 0.05, quando comparado com os outros municípios;

9.5 Comparativo da judicializados de medicamentos no Estado de São Paulo e nos municípios do DRS – VI.

Fazendo uma análise comparativa entre o Estado de São Paulo (N = 13.197) e o DRS – VI (N= 2.111), referente aos 10 (dez) municípios que mais sofreram com a judicialização, em ambos notamos que a idade mais prevalente foi acima de 60 anos e o sexo feminino o mais frequente na judicialização. A vara comum e da Fazenda Pública foi a mais prevalente em relação ao Juizado Especial, sendo ainda mais frequente no Estado. Os medicamentos não vinculados a nenhum programa de fornecimento de medicamentos, e oriundos de demandas privadas também foram os mais prevalentes tanto no Estado como no DRS, sendo a demanda privada ainda mais prevalente no Estado que no DRS. Quanto aos medicamentos, Estado e DRS VI foram semelhantes quanto aos mais demandados: benzodiazepínicos, ansiolítico, antidepressivos e hipnóticos, seguidos de inibidores de acetilcolinesterase, imunossupressores e imunomoduladores,

conforme mostra a tabela 20. Dentro do comparativo, houve divergência entre o Estado de São Paulo e ao DRS – VI, no que tange à prevalência de CID, sendo o CID F mais prevalente no Estado de São Paulo, evidenciando doenças referentes a transtornos mentais, enquanto o CID M, referente ao tecido conjuntivo e osteomuscular, foi mais prevalente junto ao DRS –VI.

Tabela 20. Comparação das características da judicialização de medicamentos entre os municípios do DRS-VI e o Estado de São Paulo, de acordo com as variáveis mais prevalentes.

	ESTADO DE SÃO PAULO N= 13197	DRS – VI N= 2111	p
IDADE < 60 anos	6344 (48,1)	974 (50,6)	0,22
SEXO – Feminino (%)	8176 (62,0)	1378 (65,3)	0,11
VARA (%)	13004 (98,5)	1566 (74,2)	<0,01
ESFERA ADMINISTRATIVA	9069 (68,7)	1234 (58,5)	<0,01
MEDICAMENTO NÃO PERTENCENTE A PROGRAMA NACIONAL	11011 (83,4)	1809 (85,7)	0,28
DEMANADAS PRIVADAS	9069 (68,7)	1197 (56,7)	<0,01
MEDICAMENTOS Benzodiazepínicos	2743 (20,8)	386 (18,3)	0,21
MEDICAMENTOS imunossupressores	2088 (15,8)	385 (18,2)	0,19
CID – F	2624 (19,9)	596 (28,2)	<0,01
CID – M	2027 (15,4)	399 (18,9)	0,04

10. DISCUSSÃO

O presente trabalho avaliou todos os processos de judicialização de medicamentos dos municípios que compõem o DRS VI, totalizando 4453, contrastando com os processos judicializados junto a todo o Estado de São Paulo, que contam com 149.401 demandas. A razão da judicialização do DRS-VI corresponde à 2,98% da judicialização de todo o Estado de São Paulo. Da seleção de dados, foram reservados para análise os 10 (dez) municípios do DRS VI que mais judicializaram, comparando-os com os 10 (dez) municípios do Estado de São Paulo prevalentes em relação à judicialização.

Verificou-se que durante o período analisado, de 2013 a 2018, houve constância de judicializações tanto no DRS VI quanto no Estado de São Paulo, com diminuição dos número de processos em 2018. Possível razão para essa diminuição dos processos de judicialização está relacionada a implementação de novas tecnologias em saúde, através da saúde baseada em evidências e incorporação de medicamentos por intermédio da CONITEC, como os anticorpos monoclonais, responsáveis pela judicialização de 17,4% durante o período analisado.¹³

Outra premissa possível relaciona-se ao acesso a informação de tecnologia em saúde, através do e-NatJUS, que garante o acesso técnico ao Poder Judiciário, para fundamentar a decisão judicial, garantindo a apreciação judicial mais próxima do que se espera da boa técnica médica. Há no sistema notas técnicas padronizadas, com possibilidade de substituição ou não do medicamento por outro com princípio ativo semelhante, fornecido ou não pelo SUS, e até mesmo a proporção entre valor e eficácia do medicamento. Esse sistema fornece um amparo técnico ao Poder judiciário, com informações importantes para que o controle da judicialização seja aperfeiçoado.⁷

A judicialização não foi homogênea entre os municípios nos diferentes anos. No DRS VI, o Município de Pirajuí, em 2017 judicializou 70% do seu total, enquanto Botucatu, a partir de 2015, apresentou diminuição progressiva da judicialização de medicamentos. Junto ao Estado de São Paulo, São Paulo e Barretos alternaram a prevalência, o que demonstra que Barretos foi o município que mais sofreu com a judicilização, quando comparados com a

população.

Quanto as cidades do DRS VI, Bauru foi a que apresentou maior número de ações judiciais (30,5%), seguida de Jaú (19,7%); Brotas (12,4%); Lençóis Paulista (4,7%); Pirajuí (3,2%); Botucatu (3,2%); Barra Bonita (3,0%); Lins (2,7%) e Dois Córregos (2,2%). Considerando-se o tamanho populacional, municípios como Brotas e Jaú apresentaram maior judicialização que municípios como Bauru, enquanto Botucatu judicializou significativamente menos.

No Estado de São Paulo, São Paulo apresentou o maior número de judicializações, (21,6%), seguido de Barretos (15,3%), São José do Rio Preto (13,5%), Franca (9,8%), Ribeirão Preto (9,3%), Bauru (7,1%), Araraquara (6,8%), Presidente Prudente (6,6%), Marília (5,6%) e Sorocaba (4,4%). Notam-se algumas cidades de grande densidade populacional, como Campinas, sequer foram estiverem dentre as 10 mais que sofrem com a judicialização, demonstrando que sua gestão sanitária está mais controlada do que cidades com população inferior.

Uma cidade do porte de Botucatu, com população estimada em 148.130 pessoas, de acordo com o IBGE ¹⁵, possuindo ações judiciais de medicamentos praticamente idênticas a Barra Bonita, que possui população estimada em 36.136, indica que infraestrutura e investimentos em saúde afetam não só a qualidade de vida da população, mas contribuem para um acesso à saúde justo e igualitário em relação à população local.

Barretos, por sua vez, possui uma população de 123.546 ¹⁵, ou seja, menor do que a população de Botucatu, mas que sofreu com a judicialização, em 2014, 2017 e 2018, muito maior do que a cidade de São Paulo.

O município de Barretos possui peculiaridades que a dispontam como a segunda a mais sofrer a judicialização, perdendo apenas para São Paulo, no contexto geral. A enorme judicialização justifica-se pela existência do hospital do câncer de Barretos, que agrega demandas oncológicas de todo o Brasil. Em geral o critério para a obtenção da judicialização da saúde pautase no critério do domicílio do autor da ação, mas em casos de hospitalização, pode este ser considerado o local para a tramitação da ação.

Brotas, com 12% dos processos do DRS VI, foi o Município com menor população entre os dez mais prevalentes em judicialização, sendo esta quatro vezes maior do que a de outros municípios com população semelhante.

Destacando São Paulo e Barretos, os demais municípios do Estado de São Paulo possuíram uma correlação mais lógica entre a população e a judicialização, com exceção de Franca, que possui uma judicialização mais acentuada no contexto geral.

Em pesquisa junto ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, observa-se que atualmente os critérios para o fornecimento de medicamentos junto a Franca estão mais rígidos, havendo a necessidade de avaliação multidisciplinar composta de assistentes sociais, médicos e farmacêuticos, para a concessão ou não do medicamento pretendidos. Assim, a tendência é que a judicialização diminua nos próximos anos.

Já em Bauru, os critérios para a concessão de medicamentos pela via judicial ainda são abertos, e se assim continuar, sua média de judicialização pode aumentar, quando comparado aos demais municípios do Estado de São Paulo.

Com o avanço da ciência é possível que as demandas por medicamentos cresça, mas não necessariamente através da judicialização. O Município de Botucatu é exemplo nesse aspecto. O HC-FMB desempenha papel fundamental nessa gestão, garantindo o acesso a saúde e a medicamentos essenciais. Nota-se, nitidamente que a boa gestão pública do município, atrelada a um hospital bem estruturado e ao conhecimento das políticas nacionais de medicamentos garante acesso à saúde de qualidade para a população, com eficácia e eficiência.¹⁴

Em relação à idade agrupada, a maior prevalência de medicamentos judicializados, tanto no Estado de São Paulo quanto no DRS VI, foi no grupo de pessoas acima de 60 anos. A média de vida do brasileiro está aumentando, de acordo com dados oficiais do IBGE, e, atualmente é de 76,7 anos¹⁵; o que corrobora com esse dado. Diante de uma análise lógica, têm-se que pessoas mais idosas possuem chances maiores de contrair alguma

doença ou de uma doença pré-existente se agravar e conseqüentemente utilizar mais medicamentos.

Ressalta-se que o banco de dados do DRS VI analisado possui 4.453 dados computados, mas em 451 deles e, no Estado de São Paulo, de 23.306 dados computados, em 4.927 a idade não foi informada, podendo gerar um viés em relação a variável idade agrupada. Por não estarem disciplinados, essas cédulas de análise foram desconsideradas para fins estatísticos. O não fornecimento do dado idade foi mais frequente nos municípios de Barra Bonita e Botucatu, pertencentes ao DRS VI e no Estado de São Paulo, São Paulo, seguido de Bauru.

A questão da não informação da idade denota que a judicialização nesses municípios é menos criteriosa, o que pode se agregar aos critérios para a concessão ou não de um medicamento pela via judicial.

Na maioria dos municípios (Barra Bonita, Bauru, Brotas, Jaú e Lençóis Paulista) houve predomínio da população idosa (> 60 anos); enquanto nos municípios Botucatu, Dois Córregos, Lins e Pirajuí, houve predomínio da população adulta não idosa. Já no comparativo com o Estado de São Paulo, houve prevalência da população idosa (> 60 anos) em todos os municípios.

Pelos próprios dados técnicos apresentados, o sexo feminino tem sobrevida maior do que as do sexo masculino, justificando também a maior prevalência de judicialização entre as mulheres. Outra premissa é que o sexo feminino é mais propenso a quadros depressivos, o que justifica a maior prevalência tanto de mulheres como desses medicamentos junto ao DRS VI e Estado de São Paulo.¹⁶

Pela análise de dados do DRS-VI, verifica-se nitidamente que a maioria da judicialização se deu em face do Estado (71,2%) ou Estado e Município (27,7%), o que também ocorreu junto aos dados do Estado de São Paulo, Estado (68,2%) e Estado e Município (31,2%), justificando-se por dois fatores. O primeiro é que, apesar de administrativamente existir uma regra de competência para fornecimento de medicamentos, através de portarias do Ministério da Saúde, o Poder Judiciário, através do Supremo Tribunal Federal já decidiu que a responsabilidade dos entes federados - União, Estado,

Município e Distrito Federal - é solidária e concorrente, ou seja, mesmo sendo determinado medicamento de competência de um ente, o paciente pode judicializar contra qualquer um deles.⁸

O segundo fator, relacionado com a questão da solidariedade, está no acesso mais fácil ao medicamento, que ocorre no âmbito dos Municípios e mais dificilmente no âmbito da União. O acesso ao Estado é mais difícil e moroso quando comparado ao município, dependendo em sua maioria de citações por carta precatória, por isso que na grande maioria as ações foram propostas contra o Estado ou Estado e Município, porém é mais rápido do que contra a União. Esses fatores também se associam à natureza e valor do medicamento, a judicialização acaba preponderando em relação ao Estado, que como regra possui maiores condições econômicas para arcar com os custos da judicialização.⁹

Quando se aloca no polo passivo o Município, em uma visão técnica têm-se que a proximidade junto ao fornecedor, no caso do Poder Público Municipal, é mais fácil o acesso judicial e ao fornecimento dos medicamentos. De fato, as citações, intimações e o acesso ao fármaco são facilitados. O paciente demandante está muito mais próximo da Prefeitura e Secretarias Municipais de Saúde, sendo simplificado o acesso a esses medicamentos, quando compelido o seu fornecimento pelo Poder Judiciário.

Por outro lado, judicializar apenas o Município, que dentre os entes federados é o que possui menores condições financeiras, via de regra, pode levar a um colapso do Sistema Único de Saúde no âmbito local, afetando frontalmente em outras Políticas Públicas, como cultura, educação, entre outras.

No período de 2013 a 2015 não houve ações exclusivamente em face da União Federal. Geralmente quando se demanda em face da União, demanda-se também contra os demais Entes Federados. Atrelado a isso, a Justiça Federal geralmente não está localizada em cidades com baixa população estimada, levando o acesso a justiça a ser colmatado pela Justiça Estadual, presente na maioria das cidades.

Quanto a esfera judicial – vara cível e fazenda pública ou juizado

especial, houve prevalência das varas cíveis e da fazenda pública. A explicação técnica para a prevalência junto às varas cíveis e da fazenda pública refere-se a questão do valor de cada medicamento, e também no fato de que as varas cíveis e da fazenda pública pagam honorários sucumbenciais ao advogado vencedor da causa, o que estimula a judicialização nessas esferas.

Processos judiciais com valor de até 60 (sessenta) salários mínimos, são propostas nos juizados especiais cíveis e da fazenda pública, enquanto as causas de valor superior são propostas na vara cível ou da fazenda pública. O cálculo para alcançar o valor, para tratamentos continuados é a soma do tratamento para 12 meses. Considerando-se a prevalência de (75,3% - DRS VI e 98,6% - Estado de São Paulo) nas varas cíveis e da fazenda pública, presume-se que os medicamentos judicializados são de alto custo anual. Essa premissa relaciona-se também com o ente passivo, Estado, ser o prevalente em relação aos demais. Também, a depender do valor do medicamento, este pode ser demasiadamente caro para um município menos populoso, o que não o é para o Estado.

Quanto a esfera administrativa, os hospitais e clínicas privadas foram responsáveis por (57% - DRS VI e 66,6% - Estado de São Paulo) de demandas judicializadas, enquanto hospitais públicos, (13,9% - DRS VI e 13,5% - Estado de São Paulo); UBS e Ambulatórios de Especialidades, (26,5% - DRS VI e 14,7% - Estado de São Paulo) e dados não contabilizados, (1,9% - DRS VI e 5,2% - Estado de São Paulo), o que nos remete a refletir que a judicialização da saúde acaba sendo mais realizada por aqueles que possuem melhores condições financeiras e planos de saúde privados. O fato de mais de 60% de toda a demanda, quando se analisa a média, ser oriunda de pacientes do setor privado indica maior acessibilidade à saúde por aqueles que possuem maiores condições financeiras. Talvez pudessem dispensar valores para aquisição de medicamentos, mas optaram pela via judicial, amparados em muitas vezes pelo acesso universal e igualitário que rege o SUS.

O município de Botucatu foi a única exceção em relação a todo o DRS

– VI e também em relação ao Estado de São Paulo, no sentido de que as ações judicializadas são provenientes de hospital público. Esse é um traço da atuação efetiva e eficaz do HC – FBM₁₄, que absorve grande demanda de atendimentos, procedimentos e fornecimento de medicamentos, gerando apenas pequena parcela de judicialização de medicamentos que não são contemplados pela RENAME ou fornecidos pela via administrativa.

Os municípios de Ribeirão Preto e Marília, por sua vez, tiveram o impacto da judicialização advindos de hospitais públicos como a segunda proveniência administrativa mais prevalente, estão apenas atrás dos hospitais e clínicas privadas. Comparando a situação desses municípios, extrai-se que a estrutura sanitária através de hospitais públicos e hospitais escola, existentes nessas localidades abrange grande demanda da judicialização, mas denota que a proporcionalidade entre população e estrutura sanitária encontram-se parcialmente deficitárias, levando ao fenômeno prevalente da judicialização, através de hospitais e clínicas privadas. Um melhor gerenciamento da gestão sanitária local pode ser capaz de reduzir a judicialização, garantindo uma equacionalização do SUS local.

A situação dos municípios de Ribeirão Preto e Marília assemelham-se a Botucatu, porém, Botucatu parece ter maior capacidade de absorção das demandas regionais de saúde.

O HC-FMB possibilita a desnecessidade da judicialização ou a sua utilização apenas em casos extremos. De acordo com os medicamentos judicializados, é possível extrair da análise estatística que a judicialização ocorreu tão somente nos casos de medicamentos que há época não estavam incorporados na RENAME e REMUME. Atualmente, a situação pode ter até melhorado, com uma judicialização ainda inferior, vez que novas tecnologias de saúde e novos medicamentos foram incorporados para fornecimento administrativo.

Em relação à origem do medicamento, (99,5% - DRS VI e 99,8% - Estado de São Paulo) dos fármacos demandados são nacionais e (0,4% - DRS VI e 0,2% - Estado de São Paulo) são importados. Conforme já informado, medicamentos de uso experimental e não registrados pela

ANVISA, não foram prevalentes na judicialização da região. Esse fator relaciona-se também com o ente estatal que figura no polo passivo da ação. Medicamentos experimentais e não registrados pela ANVISA devem ser, obrigatoriamente judicializados junto à Justiça Federal – em face da União. 8

Aproximadamente (17% - DRS VI e 11,4% - Estado de São Paulo) dos medicamentos judicializados pertenciam a RENAME e, portanto, a alguma política nacional de medicamentos. Esses dados trazem informações importantes em relação a gestão do fornecimento administrativo de medicamentos, sugerindo a necessidade de aprimoramento e regulamentação, através de protocolos de medicamento, RENAME e REMUMES e, em alguns casos, sobre a necessidade de respeito ao fornecimento administrativo dos medicamentos constantes nessas relações. Mesmo estando disciplinados nas listas de medicamentos para fornecimento administrativo, ainda assim houve judicialização de alguns deles, podendo indicar má-gestão em sua dispensação.

Complementando, a maioria das demandas, (83,9% - DRS VI e 77,3% - Estado de São Paulo) referem-se a medicamentos que não fazem de grupo especializado - protocolo Estadual, componente básico, estratégico e nem tampouco regulamentado pelo Ministério da Saúde. Aqui há evidência estatística de que no período analisado houve judicialização devido à ausência de regulamentação e fornecimento administrativo, o que agrega valor às informações quanto a origem do medicamento judicializado.

No DRS VI notou-se semelhança em relação aos CIDs, havendo prevalência de doenças do coração e circulatórias, doenças ósseas, transtornos emocionais e doenças degenerativas. Todas as demais somaram 10% da judicialização. Já no Estado de São Paulo houve prevalência das enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular, seguido de doenças mentais, sistema nervoso, enfermidades da visão humana, neoplasias e tumores, sistema circulatório, doenças infecciosas, sistema respiratório, distúrbios hormonais e doenças dos órgãos genitais e sistema urinário.

Os municípios do DRS VI diferiram quanto ao diagnóstico relacionado

à judicialização dos medicamentos, havendo predomínio das patologias que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular nos municípios de Bauru, Jaú e Lençóis Paulista; enquanto as patologias relacionadas a transtornos emocionais foram mais prevalentes nos municípios de Barra Bonita, Dois Córregos e Pirajuí, e as patologias genitais e do sistema urinário prevaleceram nos municípios de Botucatu e Lins. Já no Estado de São Paulo houve o predomínio de doenças mentais nos municípios de Franca, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Araraquara e Marília; enquanto no município de São Paulo, neoplasias e tumores; Enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular foram prevalentes em Barretos, São José do Rio Preto e Bauru; e distúrbios do sistema nervoso foram prevalentes em Sorocaba.

As doenças ósseas, transtornos emocionais e doenças degenerativas foram comuns em prevalência, tanto no DRS VI quanto no Estado de São Paulo, demandando maior atenção do gestor sanitário no combate a estas máculas.

Dentre os medicamentos, não houve um que se destacasse de forma exponencial junto ao DRS VI e Estado de São Paulo. Os antidepressivos e ansiolíticos foram os mais judicializados, considerando-se a maioria dos municípios, indicando que a sociedade atual, muitas vezes não consegue se adequar a realidade do mundo contemporâneo, o que compromete o bem-estar psíquico e a saúde mental, independentemente do diagnóstico principal ou comorbidades. ^{17 18}

Os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados. Houve predomínio dos medicamentos pertencentes à classe dos ansiolíticos e antidepressivos nos municípios de Barra Bonita, Brotas, Dois Córregos, Lins e Pirajuí; seguidos pelo predomínio dos imunossuppressores e imunomoduladores nos municípios de Jaú e Botucatu; enquanto que a classe dos reumatoides e supressores de reabsorção óssea foram predominantes nos municípios de Bauru e Lençóis Paulista.

No Estado de São Paulo, os municípios diferiram quanto aos medicamentos judicializados. Houve predomínio dos medicamentos

pertencentes à classe dos ansiolíticos e antidepressivos nos municípios de Barretos, Franca, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Araraquara e Marília; seguidos pelo predomínio dos anticorpos monoclonais, em São Paulo e São José do Rio Preto; supressores de reabsorção óssea em Bauru e inibidores de acetilcolinesterase, imunossupressores e imunomoduladores em Sorocaba.

Em uma análise comparativa entre o Estado de São Paulo e o DRS – VI, em ambos notamos que a idade mais prevalente foi acima de 60 anos e o sexo feminino o mais frequente na judicialização. A vara comum e da Fazenda Pública foi a mais prevalente em relação ao Juizado Especial. Os medicamentos não vinculados a nenhum programa e oriundos de demandas privadas também foram prevalentes.

Os fundamentos aplicáveis a todas essas variáveis é o mesmo em relação aos demais municípios, sejam eles do DRS – VI ou do Estado de São Paulo, demonstrando um contorno generalizado em relação a todo o Estado.

O município de Botucatu figurou como destaque quanto a esfera administrativa, sendo o único município com prevalência da judicialização com demandas oriundas de hospitais públicos. Conjugando os demais elementos de análise, a logística aplicada na saúde em Botucatu se destaca de maneira positiva.

O estudo teve limitações técnicas, pois pautou-se exclusivamente no banco de dados fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, do Estado de São Paulo, além de dados obtidos por fontes oficiais, como o IBGE. Assim, muitos dados que poderiam complementar o estudo, não puderam ser avaliados.

Por outro lado, o estudo nos forneceu um retrato consistente da judicialização de medicamentos no DRS-VI e em todo o Estado de São Paulo, fornecendo dados estatísticos importantes para a implementação de políticas públicas sanitárias.

11. CONCLUSÃO

O retrato da judicialização do DRS-VI e seu impacto junto ao Estado de São Paulo, reflete muito do que podemos observar na nossa sociedade. A maior parte das ações foi proveniente de hospitais e clínicas privados, o que pode indicar falha no acesso à saúde, sendo maior àqueles que podem pagar. O Estado foi o ente que mais sofreu ações e as varas cíveis e da fazenda pública as responsáveis por gerir a maioria delas, justificados pelo valor da causa, mostrando custo anual elevado dos medicamentos judicializados.

O CID mais prevalente junto ao DRS VI foi o relacionado a doenças cardiológicas e circulatórias, maior causa de óbito no país, e no Estado de São Paulo, e às enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseo e muscular. Contudo a classe farmacológica mais solicitada está relacionada a problemas de saúde mental o que reflete uma sociedade emocionalmente doente.

A análise comparativa da judicialização entre os municípios mostrou-se não homogênea, sugerindo diferentes qualidades na gestão em saúde. Botucatu é um exemplo positivo de boa administração na área da saúde, seja em relação ao DRS VI, quanto em relação a todo o Estado de São Paulo, enquanto Barretos, Franca, Brotas e Barra Bonita merecem atenção quanto à administração pública e do atendimento pelo SUS.

A melhor avaliação dos fatores que levam à judicialização junto à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo pode culminar em possíveis alternativas à melhor gestão da saúde na esfera da administração pública e na judicial, seja em políticas municipais ou em nível estadual.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner, Direito à Saúde, Editora Jus Piodivm, 4. Ed., 2015.
3. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de Agosto de 2002. [acesso em 30/07/2018]. Disponível em: http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.
4. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Os Reflexos da Crise do Capital na Previdência Social. Universidade Federal do Maranhão. 2007. [acessp em 30/07/2018].Disponivelem:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoB/1bc4144f9f6fd5644b33MARTHA%20BETH%C3%82NIA%20COSTA%20PEREIRA.pdf>.
5. Magarinos-Torres R, Caetano AER, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Adesão às Listas de Medicamentos Essenciais por Médicos Brasileiros em Atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Brasileira de Educação Médica* 2014;38(3):323-30.
6. Chieffi AL, Barata RB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública* 2010;44(3):421-9.
7. Conselho Nacional de Justiça (CNJ) [internet]. [acessado em junho de 2019]. Disponível: <http://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-pesquisa/publicacoes>.
8. Supremo Tribunal Federal [internet] [acessado em outubro de 2020] Disponível: <http://portal.stf.jus.br/>. - RE 855178 ED/SE – Plenário, julgado em 23/05/2019 e (RE 657.718, STF).
9. WANG, Daniel Wei L. et al . Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro , v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-76121666>.
10. Carvalho G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. *Rev Cent Bras Estud Saude*. 2005;69(29):99-104.
11. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):101-7. DOI:10.1590/S0034-89102007000100014.
12. Laurinho, Ícaro Saraiva; Dias, Lidiane Nazaré da Silva: Corrupção e Ineficiência nos Processos Licitatórios da Saúde Pública Brasileira: um enfoque nos dados da CGU. X Seminário UFPE de Ciências Cintábeis. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/SUCC/article/download/3601/4998>.
13. Portaria n. 48 de 16 de outubro de 2020. Acesso em 10 de outubro de 2020, Disponível: <https://www.in.gov.br/>.
14. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Acesso em 10 de outubro de 2020. Disponível: <http://www.hcfmb.unesp.br/hcfmb-e-o-terceiro-no-ranking-do-estado-em-numero-de-atendimentos/>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet] [acessado em set de 2020]. Disponível: <https://www.ibge.gov.br>
16. GONCALVES, Angela Maria Corrêa et al . Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 67, n. 2, p. 101-109, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-

- 20852018000200101&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.
17. ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. Arq. Bras. Cardiol. , São Paulo, v. 79, n. 6, pág. 635-639, dezembro de 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de outubro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2002001500011>.
 18. GADELHA, Maria Inez. O Papel dos Médicos na Judicialização da Saúde. Revista CEJ, Brasília, Ano XVIII, n. 62, p. 65-70, jan./abril 2014.



13. ANEXOS

ANEXO I

ácido tubular renal	citrato de potássio
ácido tubular renal	travoprost, ácido poliacrílico, onoprostona isopropilica, carmelose, ofloxacino, alcaftadina, acetato de fluometolona, bimatoprost, bromonida, loperadina, dorzolamida
alérgenos, bronco dilatadores	montelucaste, rolumilaste, teofilina, brometo de tiotrópio, carboximetilcelulose sódica, bedacetato, acebrofilina, brometo de glicopirínio, acetilcisteína, dextrana 70 + hipromelose, sobrolol, ciclesonida, lisado bacteriano, Fluticasona, Fluticasona, cloridrato de bambuterol, prometazina, desloratadina, acetilcisteína, bamifilina, brometo de glicopirônio, brometo de ipratrópio, cloridrato de bambuterol, dicloridrato de cetirizina, dicloridrato de levocetirizina
analgésicos, relaxante muscular	paracetamol, dipirona, clonixinato de lisina, oxidocona, badofenol, carisoprodol, cidocepinazina, codeína, tramadol, prometazina, dipirona sódica, lidocaina, morfina
análogo da melatonina	agomelatina
análogo histamínico	betahistina
anestésicos	lidocaina
antagonista seletivo de vasopressina	tolvaptana
Antagonistas de alfa-2 adrenoreceptores	losartana, indacaterol, olodaterol
anti corpo monoclonal	infliximabe, etanercepte, adalimumabe, rituximabe, abatacepte, tocilizumabe, golimumabe, certolizumabe, citrato de tofacitinibe, leflunomida, sulfato de hidroxicloroquina, daezeina, denosumabe, alemtuzumabe, pembrolizumabe, omalizumabe, evolocumabe, alemtuzumabe, vedolizumabe, alicurumabe, belimumabe, cetuximabe, secuninumabe, nivolumab, eculizumab
anti histamínico	feofenadina, hidroxizina, rupatadina
anti-hiperuricémico	alopurinol, benzbromarona
anti-inflamatório	diclofenaco, nimesulida, cetoprofeno, deflazacorte, cetorolaco trometamol, indometacina, meloxicam, celecoxibe, dexaprento, triancinolona acetona, cetorolaco trometamol, colestramina, prednisolona, pimecrolimo, flurbiprofeno
anti-iscquémico	trimetazidina
antiadrenérgico	clonidina
antiagregante plaquetário	acetilsalicílico, clopidogrel
antibióticos	propiltinrato, isossorbida, propiltinrato
antarrítmicos	propafenona, amiodarona, sulpirda
antibacteriano	colagenase, neomicina, dipropionato de betametasona, gentamicina, óxido de zinco, mometasona, eritromicina, rifampicina, peróxido de benzola, doxiciclina
antibiótico	lizozima, fosfomicina trometamol, ertapenem, cloridrato de moxifloxacino, amoxicilina, tobramicina, fibrinolisisina, gatifloxacino, imipenem + cistatina, linezolida
anticoagulante	heparina sódica, varfarina, apixabana, rivoroxabana, etexilato de dabigatran, polissulfonato de mucopolissacarídico, enoxaparina sódica, dipiridamol, varfarina, rivoroxabana, diosmina, etexilato de dabigatran, heparina sódica
anticoilinérgico	triefenidil, oxbutina
anticoncepcionais	noretisterona, dienogeste
anticonvulsivante	topiramato, carbamazepina, valproato de sódio, divalproato, gabapentina, pregabalina, fenobarbital, fenitoína, lamotrigina, oxcarbazepina, lamotrigina, ácido valpróico, sultíamo, vigabatrina, primidona, etossuimida
antiémico	racetadotria
antiérgico	domperidona, rotigotina, cabergolina
antieméticos e anti-nauseantes	metoprolamida, piridoxina, dimidrido, ondansetrona
antiepilético	vigabatrina, lacosamida, levetiracetam, fenitoína
antiespasmódicos	dipirona, escopolamina, mebeverina, brometo de otílioio
antietanol, tabagismo	disulfiram, vareniclina, disulfiram
antimicrobiano	levofloxacino, sulfametoxazol, nitrofurantoina, teloplanina, ciprofloxacino, nitrofurantoina
antimuscurnico	tartarato de toberodina, solifenacina, darifenacina, brometo de otílioio, Brometo de umecidínio, cloreto de betanecol, darifenacina
antiparasitários, antifúngicos e antiviral	nisatina, albenzolaz, ribavirina, voriconazol, palivizumabe, ticonazol, desonida, isconazol, alfa interferon 2A, voriconazol, amorfolina, terbinafina, tioconazol, ribavirina, pirimetamina, óxido de zinco, isconazol, itraconazol, metronidazol
antipruriginoso	biperideno, levodopa, citicolina, pramipexol, amantadina, selegilina, prileidil, entacazona, amantadina, pramipexol, levodopa + benserazida
antipsicóticos	clorpromazina, haloperidol, risperidol, amisulprida, periciazina, levomepromazina, pipotiazina, ácido gama aminobutírico, amisulprida, clozapina, tioridazina, palmitato de paliperidona, lurasidona, maleato de asenapina
antisseptico	iodopovidona, colagenase + cloranfenicol, difendramina, digluconato de clorexidina
antivertiginosos - vasodilatadores	cinarizina, clostazol, isossorbida, betahistina, diidroergocristina, citrato de sildenafila, pentoxifilina, tadalafila, clostazol, sacubitril + valsartana, dimenidrinato
benzodiazepínicos, ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos	clonazepam, flunitrazepam, alprazolam, clonazepam, clonazepam, diazepam, zolpidem, buspirona, bromidrato de vortioxetina, tranilcipromina, quetiapina, risperidona, zuclopentixol, modafinila, tegaserode, imipramina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, maprotilina, ácido fólico, venlafaxina, arripiprazol, talidomida, bromazepam, bupropiona, carbonato de lítio, clordiazepóxido, cloridrato de duloxetina, cloridrato de trazodona, cloxazolam, olanzapina, nitrazepam, lorazepam, midazolam, mirtazapina
beta bloqueador	metoprolol, atenolol, metoprolol, carvedilol, propranolol, nebivolol, saxatal, timolol, pindolol, cloridrato de labradina, carvedilol
bloqueador de receptor de angiotensina - anti hipertensivo	cardesartan, enalapril, captopril, ramipril, benazepril, perindopril, lisinopril, irbesartana, amlodipino, diltiazem, nifedipino, nifedipino, nifedipino, mandipino, verapamil, furosemida, indapamida, 0 espironolactona, amilorida, dortalidona, hemifumarato de alisquirene, prazosina, hidrodrotazida, latanoprost, bositana, aminaftona, besilato de levandopidino, bisoprolol, diazoxidol, pindolol, nifedipino, felodipino, loprosta, lerzanidipino, minoxidil
bloqueadores adrenérgicos	metildopa, timolol
cardiotônicos	digoxina
corticóides	dexametasona, betametasona, fludrocortisona, hidrocortisona, mometasona, prednisona, beclometasona, dapsone, metilprednisolona
disfunção prostática, disfunção erétil	finasterida, doxazosina, vardenafila, tansulosina, cloridrato de tansulosina, dutasterida
doenças hepáticas	ácido ursodesoxicólico, alfa interferon, pioglitazona, aspartato de ornitina, ácido ursodesoxicólico, axitinib, pancreatina, eltrombopag, olamina
estabilizador de humor	carbonato de lítio
estatinas e/ou estatímba - hipolipemiantes - fibratos	simvastatina, ezetimiba, pitavastatina cálcica, ciprofibrato, ácido ursodesoxicólico, atorvastatina, bezafibrato, rosuvastatina, fenofibrato, gemfibrozila
fator de crescimento hematopoiético	alfaetopina
fibrise pulmonar - FPI	pirfenidona, esilato de nintedanibe
fitoroterapico	valeriana, metelinina, silimarina, (persea gratissima) + ssa (glycime max) , extrato seco de vitis vinifera, gíngoa biloba, plantago ovata, canabídio, vimpocetina, cranberry, sorbitol, colágeno tipo 2, harpagophyllum procumbens dc., cumarina, glicero, lactose, hedera helix, mellilotus officinalis lam, erva sativa, canthara da índia, curcuma longa, mentha x piperita L. , isoflavona, lisina, cafeína, cassia angustifolia, cepalin valentiana +heparina, crataegus aycaycana L + passiflora incarnata + salix alba L. , silybum marianum (L.) gaertn (silimarina), senna alexandrina, pinus pinaster
glicosamina e condroitina	glicosamina, condroitina
hipoglicemiante	nataglinida, acarbose
hormônio sintético e DNA	tibolona, testosterona, tetracosactida, levotiroxina, alfacarigonodotropana, alfa faloitropina, azacitidina, betagalactoside, cetorelix, clofarabina, promestrieno, progesterona, octreotida, epinefrina, estriol, ganirelix, laronidase
inibidor da recaptação da serotonina	Fluotetina, Clitalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Escitalopram, 5-OH-triptofano
inibidor de absorção de gordura	orlistate, liraglutida
inibidor de agregação plaquetária	ticlopidina, ticagrelor, ácido tranexémico
insulina	donepezil, Fumarato de Dimetil, cloridrato de fingolimode, frampridina, azatioprina, micofenolato, galantamina, memantina, rivastigmina, azatioprina, codegocina, riluzol, teriflunomida, ocrelizumabe, natalizumabe, ciclosporina, tizanidina, acetato de glatiramer, imunoglobulina, ranibizumabe, nicergolina, aflibercepte, bevacizumabe, sirolimo, nusinersen alfalgaloside, acetato de icatibano, tacrolimo, bicalutamida, bortezomibe, brentuximabe vedotina, capecitabina, timonodulina, donepezila, fampridina, filgrastim, lenalidomide, lisado bacteriano de
is de acetilcolinesterase - esclerose, imunossupressor, imunoceschericha coli	
res de bomba de protons, antiácidos e inibidores de secreção gástrica	omeprazol, hidróxido de alumínio, pantoprazol sódico, rabeprazol, bicarbonato de sódio, lansoprazol
inibidores de protease	sofosbuvir, adofovir, aciclovir, bodeprevir, declatasvir, entecavir, ledispavir, ombitasvir, veruprevir, ritonavir, Dasabuvir, telaprevir, velacivovir
intestinal e estomacal	trimebutina, brometo de pinavério, mesalazina, simeticona, hidróxido de magnésio, famotidina, brometo de pinavério
lavante	picossulfato de sódio, poliacarbolita cálcica, óleo mineral, docusato de sódio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de sódio dibásico + fosfato de sódio monobásico, macrogol + bicarbonato de sódio + cloreto de potássio + cloreto de sódio
miorelaxante	baclofeno
opioides	cloridrato de naltrexona, codeína, fentanila, metadona
psicoestimulante	metilfenidato, piracetam, Fosfatidilserina, dimetilato de lisidexanfetamina
quimioterápicos	mitoxantrona, cloridrato de cincalcete, metotrexato, entalutamida, abiraterone, ácido fólico, alfatiotropina, vismodegibe, vemurafenibe, anastrozol, temozolomida, tamoxifeno, everolimo, ciclofosfamida monoidratada, cloridrato de erlotinibe, cloridrato de pazopanibe, tosilato de sorafenibe, naxolizimibe, regorafenibe, entalutamida, goserrelina, ibrutinibe, imiquimode, ipilimumabe, linrotecano, letrozol, leuporelina, malato de surintimibe
receptor de adenosina A	bamifilina
repositores hidroeletrolíticos parenterais	bicarbonato de sódio, cloreto de potássio, cloreto de sódio, cloreto de sódio
sistema respiratório	ipratrópio, fenoterol, salmeterol, salbutamol, formoterol, budesonida, salbutamol, fluticasona, montelucaste
ssores de absorção óssea e osteoporose, reumatoides, antiq 20	alendronato de sódio, ácido zoledrónico, hialuronato de sódio, ranelato de estrógeno, risedronato sódico, carbonato de cálcio, cálcio aminoácido quelato, ibandronato de sódio, teriparatida, raloxifeno, etoricoxibe, escina sódica, secuninumabe, hexacetonido de triancinolona, hílano g-f
vacina	alopurinol, certolizumab pegol, citrato de tofacitinibe, clindamicina, trastuzumabe entansina, penicilamina, febuxostat, leflunomida
vitaminas, suplementos, toxina, hidratantes	vitaminas, bentotiamina, hidróxido de ferro III polimaltosado, paricalcitol, ferro quelato glicinato, ácido fólico, aspartato de arginina, toxina botulínica, coenzima q10, deferasirox, glicinato de magnésio, Fomblin HCR, levocarnitina

G00 a G09 estão todos os distúrbios do sistema nervoso, como encefalites, esclerose, atrofia muscular, paralisia cerebral e doenças degenerativas e inflamatórias.	H00 a H99 são descritos todos os problemas ligados à visão humana. Entre as doenças presentes neste capítulo estão catarata, conjuntivite, glaucoma e outros transtornos que podem atingir as pálpebras, a íris e o cristalino.	Todas as doenças que atingem os ouvidos e a audição, como otites, estão no capítulo 8, entre os códigos H60 e H95.	Problemas de coração e no sistema circulatório, como hipertensão, angina e febre reumática, estão contidos no capítulo 9, encontrados nos códigos de letra I.	Entre o código A00 e J99 estão todas as doenças que atingem o sistema respiratório, como inibe, sinusite, gripe, faringite e infecções pulmonares.
805 - Escarlatina, mela e escarlatina em doença classificadas em outra parte	H02 - Outros transtornos da pálpebra	H66 - Otitis média supurativa e não especificadas	805 - Doença reumática da válvula mitral	803 - Amigdalite aguda
810 - Doença de Huntington	H02.2 - Lagrimal	H62 - Síndromes vergigiosas em doenças classificadas em outra parte	805.8 - Outras doenças da válvula mitral	810.1 - Influenza com outras manifestações respiratórias, devida a outro vírus da influenza identificado
811.2 - Ataxia cerebral de início tardio	H04 - Transtornos do aparelho lacrimal	H82 - Hipertensão essencial (primária)	80 - Hipertensão essencial (primária)	815 - Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte
812 - Atrofia muscular espinal e síndrome coreáica	H10.4 - Conjuntivite crônica	81 - Doença cardíaca hipertensiva	81 - Doença cardíaca hipertensiva	818 - Pneumonia por micoplasma não especificada
812.1 - Outras atrofia muscular espinal hereditária	H11 - Outros transtornos da conjuntiva	85 - Hipertensão secundária	85 - Hipertensão secundária	820 - Bronquite aguda
812.2 - Doença do neurônio motor	H18 - Outros transtornos especificados da conjuntiva	85.8 - Outras formas de hipertensão secundária	85.8 - Outras formas de hipertensão secundária	830 - Rinite alérgica e vasomotora
813 - Atrofia sistêmica que afeta principalmente o sistema nervoso central em doenças classificadas em outra parte	H16 - Coríste	89 - Angina pectoris	89 - Angina pectoris	830.3 - Outras rinites alérgicas
820 - Doença de Parkinson	H16.2 - Cereostomite	80.9 - Angina pectoris, não especificada	80.9 - Angina pectoris, não especificada	831 - Rinite nasofaríngea e faríngea crônica
821 - Parkinsonismo secundário	H18 - Outros coríste	81 - Infarto agudo do miocárdio	81 - Infarto agudo do miocárdio	831.0 - Rinite crônica
824 - Distonia	H17 - Cratites e opacidades da córnea	83 - Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio	83 - Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio	838.6 - Estenose da laringe
825 - Outras doenças estropiadas e transtornos dos movimentos	H18 - Outros transtornos da córnea	83.8 - Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio	83.8 - Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio	839 - Outras doenças das vias aéreas superiores
825.9 - Doença estropiadas e transtornos dos movimentos, não especificados	H19 - Transtorno da esclerótica e da córnea em doenças classificadas em outra parte	84 - Outras doenças cardíacas agudas do coração	84 - Outras doenças cardíacas agudas do coração	840 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica
830 - Doença de Alzheimer	H26 - Outras cataratas	85 - Doença isquêmica crônica do coração	85 - Doença isquêmica crônica do coração	843 - Enfisema
830.1 - Doença de Alzheimer de início tardio	H30 - Inflamação coriorretiniana	85.0 - Doença cardiovascular aterosclerótica, descrita desta maneira	85.0 - Doença cardiovascular aterosclerótica, descrita desta maneira	843.0 - Síndrome de Marfan
831 - Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte	H30.0 - Inflamação coriorretiniana focal	85.1 - Doença aterosclerótica do coração	85.1 - Doença aterosclerótica do coração	844 - Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas
835 - Esclerose múltipla	H32 - Transtornos coriorretinianos em doenças classificadas em outra parte	85.5 - Miocardopatia isquêmica	85.5 - Miocardopatia isquêmica	844.8 - Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica
836 - Outras demielinações disseminadas agudas	H33 - Descolamento e defeitos da retina	85.8 - Outras formas de doença isquêmica crônica do coração	85.8 - Outras formas de doença isquêmica crônica do coração	844.9 - Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada
837 - Outras doenças demielinantes do sistema nervoso central	H34 - Oclusões vasculares da retina	86 - Embolia pulmonar	86 - Embolia pulmonar	845 - Asma
840 - Epilepsia	H34.1 - Oclusão da artéria retiniana central	86.0 - Embolia pulmonar com menção de cor pulmonar agudo	86.0 - Embolia pulmonar com menção de cor pulmonar agudo	845.9 - Asma não especificada
840.1 - Epilepsia e síndrome epiléptica sintomática definidas por sua localização (focal) parcial com crises parciais simples	H34.8 - Outras oclusões vasculares retinianas	87 - Outras formas de doença cardíaca pulmonar	87 - Outras formas de doença cardíaca pulmonar	847 - Bronquite
840.4 - Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	H35 - Outros transtornos da retina	87.0 - Hipertensão pulmonar primária	87.0 - Hipertensão pulmonar primária	847.8 - Afecções respiratórias devidas à inalação de produtos químicos, gases, fumaça e vapores
840.6 - Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	H35.0 - Retinopatia de fundo e alterações vasculares da retina	88 - Outras doenças dos vasos pulmonares	88 - Outras doenças dos vasos pulmonares	881 - Embolia pulmonar, não especificada de outra forma
840.8 - Outras epilepsias	H35.2 - Outras retinopatias proliferativas	89 - Transtornos não reumáticos da válvula mitral	89 - Transtornos não reumáticos da válvula mitral	884 - Outras doenças pulmonares intersticiais
840.9 - Epilepsia, não especificada	H35.3 - Degeneração da mácula e do polo posterior	86 - Transtornos não reumáticos da válvula tricúspide	86 - Transtornos não reumáticos da válvula tricúspide	884.1 - Outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose
841 - Síndrome epiléptica	H36 - Transtornos da retina em doenças classificadas em outra parte	89 - Endocardite e transtornos valvulares cardíacos em doenças classificadas em outra parte	89 - Endocardite e transtornos valvulares cardíacos em doenças classificadas em outra parte	884.8 - Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas
843 - Enxaqueca	H36.0 - Retinopatia diabética (E10-E14 com quarto caractere comum 3)	80.8 - Outras miocardites agudas	80.8 - Outras miocardites agudas	884.9 - Doença pulmonar intersticial não especificada
845 - Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes coreáicas	H40 - Glaucoma	81 - Miocardite em doenças classificadas em outra parte	81 - Miocardite em doenças classificadas em outra parte	884 - Outras afecções pleurais
845.8 - Outros acidentes isquêmicos cerebrais transitórios e síndromes coreáicas	H40.1 - Glaucoma primário do ângulo aberto	82 - Cardiomiopatia	82 - Cardiomiopatia	886 - Insuficiência respiratória não classificada de outra parte
845.9 - Insuficiência cerebral transitória não especificada	H45 - Transtornos do humor vítreo e do gélido ocular em doenças classificadas em outra parte	82.8 - Outras cardiomiopatas	82.8 - Outras cardiomiopatas	886.9 - Insuficiência respiratória não especificada
846 - Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares (602-674)	H47 - Outros transtornos do nervo óptico e das vias ópticas	82.9 - Cardiomiopatia não especificada	82.9 - Cardiomiopatia não especificada	888 - Outros transtornos respiratórios
847 - Distúrbios do sono	H52 - Transtornos da refração e da acomodação	83 - Cardiomiopatia em doenças classificadas em outra parte	83 - Cardiomiopatia em doenças classificadas em outra parte	
847.0 - Distúrbios do início e da manutenção do sono	H53.9 - Distúrbio visual não especificado	85 - Outros transtornos de condução	85 - Outros transtornos de condução	
847.3 - Apnéia de sono	H54 - Cegueira e visão subnormal	85.6 - Síndrome de pré-eclâpsia	85.6 - Síndrome de pré-eclâpsia	
847.4 - Narcolepsia e cataplexia	H57 - Outros transtornos do olho e anexos	87 - Taquicardia paroxística	87 - Taquicardia paroxística	
850 - Transtornos do nervo trigêmeo		88 - Flutter e fibrilação atrial	88 - Flutter e fibrilação atrial	
850.0 - Neuralgia do trigêmeo		89 - Outras arritmias cardíacas	89 - Outras arritmias cardíacas	
853 - Transtornos dos nervos cranianos em doenças classificadas em outra parte		89.8 - Outras arritmias cardíacas especificadas	89.8 - Outras arritmias cardíacas especificadas	
854 - Transtornos dos nervos e dos plexos nervosos		89.9 - Arritmia cardíaca não especificada	89.9 - Arritmia cardíaca não especificada	
857 - Mononeuropatias dos membros inferiores		90 - Insuficiência cardíaca	90 - Insuficiência cardíaca	
858 - Outras mononeuropatias		90.9 - Insuficiência cardíaca não especificada	90.9 - Insuficiência cardíaca não especificada	
859 - Mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte		91 - Complicações de cardiopatia e doenças cardíacas mal definidas	91 - Complicações de cardiopatia e doenças cardíacas mal definidas	
860 - Neuropatia hereditária e idiopática		80 - Hemorragia subaracnóide	80 - Hemorragia subaracnóide	
861 - Polineuropatia inflamatória		80.9 - Hemorragia subaracnóide não especificada	80.9 - Hemorragia subaracnóide não especificada	
861.0 - Síndrome de Guillain-Barré		81 - Hemorragia intracerebral	81 - Hemorragia intracerebral	
862 - Outras polineuropatias		82 - Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas	82 - Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas	
863 - Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte		83 - Infarto cerebral	83 - Infarto cerebral	
864 - Outros transtornos do sistema nervoso periférico		84 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	84 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	
870 - Mielostenose e outros transtornos neuromusculares		85 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral	85 - Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral	
871 - Transtornos primários dos músculos		87 - Outras doenças cerebrovasculares	87 - Outras doenças cerebrovasculares	
871.0 - Distrofia muscular		89 - Sequelas de doenças cerebrovasculares	89 - Sequelas de doenças cerebrovasculares	
871.2 - Miopatia congênita		89.4 - Sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	89.4 - Sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	
872 - Outras miopatias		90 - Aterosclerose	90 - Aterosclerose	
880 - Paralisia cerebral infantil		90.2 - Aterosclerose das artérias das extremidades	90.2 - Aterosclerose das artérias das extremidades	
880.0 - Paralisia cerebral quadriplégica espástica		90.9 - Aterosclerose generalizada e não especificada	90.9 - Aterosclerose generalizada e não especificada	
880.3 - Paralisia cerebral discinética		92 - Outros aneurismas	92 - Outros aneurismas	
880.8 - Outras formas de paralisia cerebral		93 - Outras doenças vasculares periféricas	93 - Outras doenças vasculares periféricas	
880.9 - Paralisia cerebral não especificada		94 - Embolia e trombose arteriais	94 - Embolia e trombose arteriais	
881 - Hemiplegia		94.3 - Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores	94.3 - Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores	
882 - Paraplegia e tetraplegia		94.5 - Embolia e trombose da artéria ilíaca	94.5 - Embolia e trombose da artéria ilíaca	
882.2 - Paraplegia não especificada		97 - Outras afecções das artérias e arteríolas	97 - Outras afecções das artérias e arteríolas	
882.4 - Tetraplegia espástica		99 - Transtornos das artérias, das arteríolas e dos capilares em doenças classificadas em outra parte	99 - Transtornos das artérias, das arteríolas e dos capilares em doenças classificadas em outra parte	
882.5 - Tetraplegia não especificada		80 - Flebite e tromboflebite	80 - Flebite e tromboflebite	
883 - Outras síndromes paralisantes		80.2 - Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	80.2 - Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	
891 - Hidrocefalia		80.9 - Flebite e tromboflebite de localização não especificada	80.9 - Flebite e tromboflebite de localização não especificada	
893 - Outros transtornos do encefalo		81 - Trombose da veia porta	81 - Trombose da veia porta	
893.4 - Encefalopatia não especificada		82 - Outra embolia e trombose venosas	82 - Outra embolia e trombose venosas	
895 - Outras doenças da medula espinal		82.8 - Embolia e trombose de outras veias especificadas	82.8 - Embolia e trombose de outras veias especificadas	
895.1 - Mielopatia vasculares		82.9 - Embolia e trombose venosas de veia não especificada	82.9 - Embolia e trombose venosas de veia não especificada	
896 - Outros transtornos do sistema nervoso central		83 - Vates dos membros inferiores	83 - Vates dos membros inferiores	
		83.1 - Vates dos membros inferiores com inflamação	83.1 - Vates dos membros inferiores com inflamação	
		83.9 - Vates dos membros inferiores sem ulcera ou inflamação	83.9 - Vates dos membros inferiores sem ulcera ou inflamação	
		85 - Vates esofágicas	85 - Vates esofágicas	
		86.1 - Vates escrotais	86.1 - Vates escrotais	
		87 - Outras transtornos das veias	87 - Outras transtornos das veias	
		87.2 - Insuficiência venosa (crônica) (periférica)	87.2 - Insuficiência venosa (crônica) (periférica)	
		87 - Transtornos do aparelho circulatório, subsequentes a procedimentos não classificados em outra parte	87 - Transtornos do aparelho circulatório, subsequentes a procedimentos não classificados em outra parte	

<p>Todos os tipos de doenças, disfunções e complicações que acontecem próximo ao nascimento de um bebê são descritos pela letra P, entre elas hemorragias, traumas, displasias, fraturas, infecções, isquemia e hipóxia.</p> <p>P03 - Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto</p> <p>P07 - Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte</p> <p>P22 - Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido</p> <p>P27 - Doença respiratória crônica originada no período perinatal</p> <p>P28 - Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal</p>	<p>Alterações cromossômicas e outras anomalias que acometem qualquer parte do corpo de uma criança, como a fenda palatina, estão incluídas entre os códigos Q00 e Q09.</p> <p>Q03 - Hidrocefalia congênita</p> <p>Q03.1 - Atresia das fendas de Luschka e do foramen de Magendie</p> <p>Q04 - Outras malformações congênitas do cérebro</p> <p>Q05 - Sínquia bífida</p> <p>Q06 - Outras malformações congênitas da medula espinhal</p> <p>Q09 - Malformações congênitas das câmaras e das comunicações cardíacas</p> <p>Q30 - Malformação congênita do nariz</p> <p>Q33 - Malformações congênitas do pulmão</p> <p>Q34 - Outras malformações congênitas do aparelho respiratório</p> <p>Q35 - Fenda palatina</p> <p>Q53 - Testículo não descido</p> <p>Q55 - Outras malformações congênitas dos órgãos genitais masculinos</p> <p>Q76 - Malformações congênitas da coluna vertebral e dos ossos do tórax</p> <p>Q79 - Malformações congênitas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte</p> <p>Q80 - Ictiose congênita</p> <p>Q81 - Epidermólise bolhosa</p> <p>Q82 - Outras malformações congênitas da pele</p> <p>Q85 - Escaromas não classificadas em outra parte</p> <p>Q85.1 - Escaroma tuberosa</p> <p>Q90 - Síndrome de Down</p> <p>Q92 - Outras trissomias e trissomias parciais dos autosomos, não classificadas em outra parte</p> <p>Q96 - Síndrome de Turner</p> <p>Q98 - Outras anomalias dos cromossomos sexuais, fentípo masculino, não classificadas em outra parte</p>	<p>Na letra R são descritos todos os exames clínicos e laboratoriais que não são classificados em nenhum outro capítulo. Este é o grupo de doenças mais indefinido e que apresenta sintomas que não foram diagnosticados, apresentando resultados fora do normal.</p> <p>R00 - Anormalidades do batimento cardíaco</p> <p>R03 - Valor anormal da pressão arterial sem diagnóstico</p> <p>R13 - Disfagia</p> <p>R22.2 - Tumefação, massa ou tumoração localizadas do tronco</p> <p>R32 - Incontinência urinária não especificada</p> <p>R40 - Sonolência, estupor e coma</p> <p>R40.2 - Coma não especificado</p> <p>R41 - Outros sintomas e sinais relativos à função cognitiva e à consciência</p> <p>R46 - Sintomas e sinais relativos à aparência e ao comportamento</p> <p>R46.3 - Hiperatividade</p> <p>R48 - Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte</p> <p>R51 - Cefaleia</p> <p>R52 - Dor não classificada em outra parte</p> <p>R52.1 - Dor crônica intratável</p> <p>R52.2 - Outra dor crônica</p> <p>R53 - Mal-estar, fadiga</p> <p>R54 - Senilidade</p> <p>R60 - Edema não classificado em outra parte</p> <p>R63 - Sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos</p> <p>R68.8 - Outros sintomas e sinais gerais especificados</p> <p>R69 - Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade</p> <p>R75 - Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana (HIV)</p>
<p>Da letra S até a letra T estão todas as causas e os fatores externos que podem gerar lesões como queimaduras, envenenamentos, intoxicação e machucados pelo corpo.</p> <p>S04 - Traumatismo dos nervos cranianos</p> <p>S06 - Traumatismo intracraniano</p> <p>S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado</p> <p>S14 - Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível cervical</p> <p>S22 - Fratura de costela(s), esterno e coluna torácica</p> <p>S25.5 - Traumatismo de vasos sanguíneos intercostais</p> <p>S32 - Fratura da coluna lombar e da pelve</p> <p>S40 - Traumatismo superficial do ombro e do braço</p> <p>S52 - Fratura do antebraço</p> <p>S72 - Fratura do fêmur</p> <p>S82 - Fratura da perna, incluindo tornozelo</p> <p>S86 - Traumatismos de músculo e de tendão ao nível da perna</p> <p>S88 - Amputação traumática da perna</p> <p>T08 - Fratura da coluna, nível não especificado</p> <p>T10 - Fratura do membro superior, nível não especificado</p> <p>T13.6 - Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado</p> <p>T78 - Efeitos adversos não classificados em outra parte</p> <p>T78.4 - Alergia não especificada</p> <p>T81 - Complicações de procedimentos não classificadas em outra parte</p> <p>T86 - Falha e rejeição de órgãos e tecidos transplantados</p> <p>T88 - Outras complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não classificadas em outra parte</p> <p>T95 - Sequelas de queimaduras, corrosões e geladuras</p>	<p>As causas de morte motivadas pelo meio externo, como acidentes de trânsito e outros eventos, como afogamento, esmagamento e quedas, estão codificadas entre as letras V e X.</p> <p>V29 - Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não espe</p> <p>V89 - Acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)</p> <p>W57 - Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não-venenosos</p> <p>X34 - Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada</p> <p>Y52.3 - Efeitos adversos de vasodilatadores coronarianos, não classificados em outra parte</p> <p>Y83 - Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por intervenção cirúrgica e por outros</p>	<p>Na letra Z estão todas as variações que influenciam o estado de saúde e o acesso aos serviços clínicos. Neles estão doenças transmissíveis e pessoas que representam um risco a si mesmas e a outros pacientes, assim como indivíduos que têm dificuldade em encontrar e ter acesso ao atendimento básico.</p> <p>Z00.3 - Exame do adolescente durante o crescimento na puberdade</p> <p>Z13 - Exame especial de rastreamento ("screening") de outros transtornos e doenças</p> <p>Z22 - Portador de doença infecciosa</p> <p>Z34 - Supervisão de gravidez normal</p> <p>Z35 - Supervisão de gravidez de alto risco</p> <p>Z41.8 - Outros procedimentos para outros propósitos exceto cuidados de saúde</p> <p>Z47 - Outros cuidados de seguimento ortopédico</p> <p>Z51 - Outros cuidados médicos</p> <p>Z93 - Orifícios artificiais</p> <p>Z94 - Órgãos e tecidos transplantados</p> <p>Z94.0 - Rim transplantado</p> <p>Z94.4 - Fígado transplantado</p> <p>Z95 - Presença de implantes e enxertos cardíacos e vasculares</p> <p>Z95.0 - Presença de marca-passos cardíacos</p> <p>Z95.5 - Presença de implante e enxerto de angioplastia coronária</p> <p>Z98 - Outros ós pós-cirúrgicos</p>

Os problemas bucais, como cáries e gengivites, podem ser encontrados entre os códigos de K00 a K03. Além disso, neste capítulo estão ainda alguns transtornos do aparelho digestivo.	De L00 a L99 estão todas as doenças de pele e do tecido subcutâneo, como urticária, dermatites, eczêmas e bolhas.	As enfermidades que acometem o tecido conjuntivo, ósseas e musculares estão classificadas entre os códigos M00 a M99. Entende-se aqui as artroses, as artrites, a gota, problemas no pé, metidos e outros deformados que acometem esse sistema.	No capítulo I4 estão os códigos de letra N, que reúnem problemas nos órgãos genitais do sistema urinário. Neste capítulo também estão as doenças que atingem as mamas.	A gravidez e o parto estão presentes no capítulo 15 e são codificadas pela letra O, assim como todos os tipos de complicações que podem acontecer durante a gestação, como pré-eclâmpsia, trombose, infecções e complicações pulmonares.
K00 - Esôfago	L00 - Perfúrio	M00 - Artrite aguda	N02.4 - Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa	O03.2 - Aborto espontâneo - incompleto, complicado por embolia
K21 - Doença de refluxo gastroesofágico	L10.0 - Perfúrio vulgar	M01 - Infecção direta da articulação em doença infecciosa e parasitária classificada em outra parte	N04 - Síndrome nefrítica crônica	O03.3 - Outros tipos de aborto - incompleto, complicado por embolia
K22.0 - Doença de refluxo gastroesofágico com esôfago	L20 - Dermatite atópica	M05 - Artrite reumatoide não-gonocócica	N05 - Proteinúria isolada com lesão morfológica especificada	O05 - Eclâmpsia
K22 - Outras doenças do esôfago	L30 - Outras dermatites	M06 - Outras artrites reumatóides	N07 - Nefropatia hereditária não classificada em outra parte	O10.0 - Eclâmpsia na gravidez
K25 - Úlcera gástrica	L30.9 - Dermatite não especificada	M06.0 - Artrite reumatoide não-gonocócica	N07.8 - Nefropatia hereditária não classificada em outra parte - outra	O11.1 - Hipertensão gravídica com distúrbio metabólico
K29 - Gastrite e duodenite	L40 - Psoríase	M06.5 - Artrite reumatoide não especificada	N08 - Transtornos glomerulares em doenças classificadas em outra parte	O21 - Complicações venozas na gravidez
K29.1 - Outras gastrites agudas	L40.8 - Outras formas de psoríase	M07 - Artritepsia psoriásica e entérica	N08.4 - Transtornos glomerulares em doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	O22.3 - Placotrombose profunda na gravidez
K29.5 - Gastrite crônica, sem outra especificação	L43 - Líquen plano	M08 - Artrite juvenil	N17 - Insuficiência renal aguda	O25 - Anisocitose materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez
K30 - Dispepsia	L50 - Urticária	M09 - Artrite juvenil em outras doenças classificadas em outra parte	N18 - Insuficiência renal crônica	O26 - Anisocitose prenatal à qualquer outro problema fetal, conhecido ou suspetado
K42 - Hérnia umbilical	L50.0 - Urticária alérgica	M10 - Gota	N18.0 - Doença renal em estágio final	O30 - Parto prematuro
K50 - Doença de Crohn [enteíte regional]	L50.1 - Urticária idiopática	M12 - Outras artropatias especificadas	N18.9 - Insuficiência renal crônica não especificada	O32 - Anomalias da contração uterina
K50.0 - Doença de Crohn do intestino delgado	L50.8 - Outras urticárias	M13 - Outras artroses	N19 - Insuficiência renal não especificada	
K50.8 - Outra forma de doença de Crohn	L50.9 - Urticária não especificada	M14 - Artropatia em outras doenças classificadas em outra parte	N30 - Cistite	
K50.9 - Doença de Crohn de localização não especificada	L80 - Vitiligo	M15 - Artrite	N31.1 - Cistite intersticial crônica	
K51 - Colite ulcerativa	L81 - Outros transtornos da pigmentação	M15.0 - Osteoartrite primária generalizada	N31 - Distúrbios neuromusculares da bexiga não classificados em outra parte	
K51.0 - Enterocolite ulcerativa (crônica)	L91 - Afecções hipotéticas da pele	M15.9 - Poliartrite não especificada	N32 - Outros transtornos da bexiga	
K51.1 - Necrose ulcerativa (crônica)	L92 - Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo	M16 - Condições [artrite do quadril]	N35 - Estenose da uretra	
K51.8 - Outras colites ulcerativas	L93 - Líquor entesioso	M17 - Gonorreia [artrite do joelho]	N39 - Outros transtornos do trato urinário	
K52 - Outras gastroenterites e colites não infecciosas	L94 - Outras afecções localizadas do tecido conjuntivo	M17.0 - Gonorreia (artrite) bilateral	N40 - Hipertrofia da próstata	
K56 - Ileo paralítico e obstrução intestinal sem hérnia	L97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte	M17.4 - Outras gonorreias secundárias bilaterais	N41 - Doenças inflamatórias da próstata	
K57 - Doença diverticular do intestino		M17.9 - Gonorreia não especificada	N45 - Orquite epididímite	
K58 - Síndrome do cólon irritável		M18 - Outras artroses	N48 - Outros transtornos do pé	
K59 - Outros transtornos funcionais do intestino		M19.0 - Outras artroses especificadas	N49 - Transtornos inflamatórios de órgãos genitais masculinos, não classificados em outra parte	
K59.0 - Constipação		M19.9 - Artrose não especificada	N80 - Endometriose	
K63 - Outras doenças do reto e do ânus		M21 - Outras deformidades alérgicas dos membros	N81.1 - Endometriose do ovário	
K70 - Doença alérgica do fígado		M22 - Transtornos da mão [gouta]	N81.5 - Endometriose não especificada	
K70.3 - Cirrose hepática alérgica		M22.4 - Craniomielite da mão	N83 - Prolapso genital feminino	
K71.0 - Doença hepática tóxica com colestase		M23 - Transtorno merno do joelho	N83 - Transtornos não inflamatórios do ovário, da trompa de falópio e do ligamento largo	
K72 - Insuficiência hepática não classificada em outra parte		M23.9 - Transtorno sistema não especificado do joelho	N87 - Displasia do colo do útero	
K73 - Hepatite crônica não classificada em outra parte		M24 - Outros transtornos articulares específicos	N88 - Outros transtornos não inflamatórios do colo do útero	
K74 - Fibrose e cirrose hepáticas		M24.8 - Outros transtornos articulares específicos, não classificados em outra parte	N89.3 - Displasia de vulva, não especificada	
K74.0 - Fibrose hepática		M25 - Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	N94 - Dore e outras afecções associadas com os órgãos genitais femininos e com o ciclo menstrual	
K74.3 - Cirrose biliar primária		M31 - Outras vasculopatias necrotizantes	N95 - Transtornos da menopausa e da perimenopausa	
K74.6 - Outras formas de cirrose hepática e as não especificadas		M32 - Líquor necrotizante disseminado [sistêmico]	N96 - Abortamento habitual	
K75 - Outras doenças inflamatórias do fígado		M34 - Esclerose sistêmica	N97 - Infertilidade feminina	
K76 - Outras doenças do fígado		M34.0 - Esclerose sistêmica progressiva		
K80 - Colestase		M34.4 - Outras formas de esclerose sistêmica		
K82 - Outras doenças da vesícula biliar		M35 - Outras afecções sistêmicas do tecido conjuntivo		
K83 - Outras doenças das vias biliares		M36 - Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo em doenças classificadas em outra parte		
K83.0 - Colelitíase		M41 - Espondilose		
K86 - Outras doenças do pâncreas		M45 - Espondilite anquilozante		
K90 - Má absorção intestinal		M46 - Outras espondilopatias inflamatórias		
K91 - Transtornos do aparelho digestivo pós-procedimentos, não classificados em outra parte		M46.4 - Doença não especificada		
K92 - Outras doenças do aparelho digestivo		M47 - Espondilose		
		M48 - Outras espondilopatias		
		M48.0 - Síndrome do cólon vertebral		
		M50 - Transtornos dos discos cervicais		
		M51 - Outros transtornos dos discos intervertebrais		
		M51.1 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (G55.1*)		
		M53 - Outras distonias não classificadas em outra parte		
		M54 - Dor de cabeça		
		M54.1 - Radiculopatia		
		M54.4 - Lombago com radicula		
		M54.5 - Dor lombar baixa		
		M60 - Mielite		
		M70 - Transtornos dos tendões relacionados com o uso, uso excessivo ou expressão		
		M75 - Lesão do ombro		
		M79 - Outros transtornos dos tendões moles, não classificados em outra parte		
		M79.7 - Fibromialgia		
		M80 - Osteoporose com fratura patológica		
		M80.3 - Osteoporose por má absorção pós-cirúrgica com fratura patológica		
		M80.4 - Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica		
		M80.5 - Osteoporose idiopática com fratura patológica		
		M80.8 - Outras osteoporoses com fratura patológica		
		M81 - Osteoporose não especificada com fratura patológica		
		M81.1 - Osteoporose em fratura patológica		
		M81.8 - Outras osteoporoses		
		M81.9 - Osteoporose não especificada		
		M82 - Osteoporose em doenças classificadas em outra parte		
		M83 - Osteomalácia adulta		
		M85 - Outros transtornos da densidade e da estrutura ósseas		
		M86 - Osteomalácia		
		M86.6 - Outra osteomalácia crônica		
		M86.9 - Osteomalácia não especificada		
		M88 - Doença de Paget do osso [osteíte deformante]		
		M89 - Outros transtornos ósseos		
		M89.1 - Outros transtornos do desenvolvimento e do crescimento ósseo		
		M90 - Osteopatia em doenças classificadas em outra parte		
		M91 - Outras osteoneuropatias		
		M93 - Osteoneuropatia, não especificada		
		M94 - Outros transtornos dos cartilagens		

Judicialização do direito à saúde e seu impacto no Sistema Único de Saúde

*Nilo Kazan de Oliveira*¹, *Flávia Ramos Kazan Oliveira*², *Daniela Ponce*³

Resumo

A presente revisão integrativa foi produzida a partir da análise da produção científica sobre o tema da judicialização da saúde, incluindo dados provenientes de instituições governamentais. Em especial na última década, houve incremento significativo da interferência do Poder Judiciário nas políticas públicas sanitárias. O crescente aumento da judicialização está ligado à capacidade de sustento do próprio Sistema Único de Saúde, gerando a necessidade de busca por alternativas para se garantir o mínimo assistencial, de acordo com a Constituição de 1988. Com a aplicação de parâmetros equitativos pretende-se garantir o acesso à saúde para toda a população, em conformidade com fatores externos e internos.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas públicas de saúde.

Resumen

Judicialización del derecho a la salud y su impacto junto al SUS

Esta revisión integrativa se produjo a partir del análisis de la producción científica sobre el tema de la judicialización de la salud, incluidos los datos de las instituciones gubernamentales. Especialmente en la última década, hubo un incremento significativo en la interferencia del Poder Judicial en las políticas públicas de salud. El aumento creciente de la judicialización está ligado a la capacidad de sustento del Sistema Único de Salud, generando la necesidad de búsqueda por alternativas para garantizar la atención mínima, de acuerdo con la Constitución de 1988. Con la aplicación de parámetros equitativos se pretende garantizar el acceso a la salud para la población, de acuerdo con factores externos e internos.

Palabras clave: Judicialización de la salud. Sistema Único de Salud. Políticas públicas de salud.

Abstract

Judicialization of the right to health and its impact on the Brazilian Unified Health System

This is an integrative review based on the analysis of the scientific production on the judicialization of health, including data from governmental institutions. A significant increase in the interference of the Judiciary in public health policies has occurred in the last decade. The growing increase in judicialization is linked to the capacity of the

Acute Kidney Injury: Risk Factors and Management Challenges in Low- and Middle-Income Countries

Authors: *Daniela Ponce,^{1,2} Nilo Kazan,¹ Adler Pereira,¹ André Balbi,^{1,2}

1. São Paulo State University, UNESP, São Paulo, Brazil

2. Clinical Hospital, Botucatu Medical School, São Paulo, Brazil

*Correspondence to daniela.ponce@unesp.br

Disclosure: The authors have declared no conflicts of interest.

Received: 02.02.20

Accepted: 17.03.20

Keywords: Acute kidney injury (AKI), challenges, developing countries, risk factors.

Citation: EMJ Nephrol. 2020;8[1]:60-67.

Abstract

Acute kidney injury (AKI) is a major global health problem, occurring in >13 million people and responsible for >2.3 million deaths every year, 85% of which are in developing countries. Although the International Society of Nephrology (ISN) set a goal of eliminating preventable deaths by AKI by 2025, implementation of this program in developing countries presents major challenges for several reasons: there are few data on the epidemiology and causes of AKI in low- and middle-income countries (LMIC); health care resources to diagnose, manage, and treat AKI are often limited; and governments, institutions, and global health initiatives have not focussed sufficiently on the AKI problems. Thus, developing and implementing effective strategies to eliminate preventable deaths from AKI in LMIC have required efforts to better understand how to increase the awareness of AKI by health care workers and institutions.

INTRODUCTION

Acute kidney injury (AKI) is recognised worldwide as a major public health challenge, particularly in developing countries. Despite technological progress and preventive efforts, the AKI incidence remains high with >13 million cases globally per year, 85% of which are in developing countries, and can be attributed to >2.3 million deaths.¹⁻⁴

Although AKI in high-income countries (HIC) with sophisticated medical infrastructure is predominantly a disease found in hospitalised, critically ill, and elderly patients, in low- and middle-income countries (LMIC), AKI is largely a community-acquired condition,¹⁻⁹ with

dehydration and hypotension appearing to be the most common causes, as seen in recently published data.¹⁰

In LMIC, several cases of community-acquired AKI are due to causes that have the potential to be reversed with simple interventions.⁵⁻¹⁰ Infectious diseases and obstetric complications are the leading causes of AKI, followed by animal venoms and natural herbal medicines. Although treating the underlying cause is of prime importance, death as a consequence of AKI may often be prevented by simple interventions such as oral rehydration or immediate temporary dialysis. However, in LMIC, acute renal replacement therapy (RRT) is available only in large cities, usually for the proportion of the population who

can pay for treatment. Thus, patients who develop AKI and are in need of dialysis often die.¹¹⁻¹³

Given the potential reversibility of AKI with early intervention, early diagnosis is of particular importance. Acute Dialysis Quality Initiative recommendations for diagnosis of AKI in LMIC¹⁴ include the estimation of urine output, measurement of serum creatinine levels by point-

of-care and use of nephrotoxic drugs and agents. Conversely, aetiologies of AKI in large urban centres is similar to those in HIC^{2-4,10-11} (Table 1).


The two most common causes of AKI in the Oby25 Global Snapshot¹⁵ were hypotension and dehydration occurring in 40% and 38% of patients, respectively. In this study, risk factors such as infection, sepsis, and use of nephrotoxic

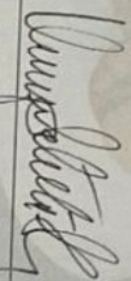
CERTIFICADO

Certificamos que o(a)

Dr(a). **NILO KAZAN DE OLIVEIRA**

participou do *Concurso de Artigos* do IX Congresso Brasileiro de Direito Médico, com o *TEMA: Judicialização do Direito à Saúde e seu Impacto junto ao SUS*, conquistando posição de destaque, por obter a DÉCIMA colocação na categoria profissionais.


Carlos Vidal Tavares Corrêa Lima
Presidente


Henrique Batista e Silva
Secretário-Geral

Cadernos Saúde Coletiva

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SEU IMPACTO JUNTO AO SUS: UMA REVISÃO CRÍTICA

Journal:	<i>Cadernos Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CADSC-2019-0496
Manuscript Type:	Opinions
Keyword – Go to DeCS to find your keywords.:	judicialização, saúde, medicamentos, SUS

SCHOLARONE™
Manuscripts