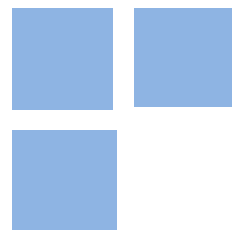


# Fatores Associados a Judicialização por Portadores de DM e Perfil dos Demandantes da Justiça Gratuita

**VANESSA BOARATI**

**MARIA DOLORES MONTOYA DIAZ**



## **Associated Factors with Litigation by Patients with DM and Profile of Complainants of Free Legal Aid**

Vanessa Boarati (vanessaboarati@usp.br)

Maria Dolores Montoya Diaz (madmdiaz@usp.br)

### **Abstract:**

Between 2011 and 2017, these demands increased at an annual rate of 26% per year and represented, 25% of the total amount spent on the Diabetes Mellitus (DM) patients motivated and is mainly driven by the demand for insulin analogs. Most of these claimants are the regions with the lowest social vulnerability, according to a georeferencing analysis, the place where the treatment is taking place is a private hospital with a private doctor and the attorney is a private lawyer. In the first empirical analyse (Probit Models), at the city level, the probability of judicialization of the variables of access to SUS (negative), health expenditure (negative) and supply of doctors (positive). In the second analysis, the judicial demand requested by a public lawyer, though it is a small part of the total amount, is positively associated with greater vulnerability plaintiffs and a local public hospital or UBS (SUS physician prescription).

**Keywords:** Litigation. Complainants of Free Legal Aid. Health. Diabetes.

**JEL Codes:** H44, H51, K41, C25

## **Fatores Associados a Judicialização por Portadores de DM e Perfil dos Demandantes da Justiça Gratuita**

### **Resumo:**

Entre 2011 e 2017, no Estado de São Paulo, o gasto com atendimentos de determinações judiciais cresceu a uma taxa anual de 26% aa, sendo um quarto dessas provenientes de pacientes portadores de Diabetes Mellitus e motivada pela requisição da insulina análoga. A maior parte desses demandantes são provenientes de regiões de menor vulnerabilidade social, segundo análise de georreferenciamento, hospitais privados, médicos particulares e advogados privados. Nos testes empíricos (Modelos Probit), identificamos, no nível municipal, efeito significativo na probabilidade de judicialização das variáveis de acesso ao SUS (negativo), despesa com saúde (negativo) e oferta de médicos (positivo). Na segunda análise, com dados por demandante, a demanda judicial solicitada por um advogado público (justiça gratuita), embora seja uma pequena parte do valor total, é positivamente associada a maior vulnerabilidade do paciente e receita de médico do SUS.

**Palavras-Chave:** Judicialização, Demandantes da Justiça Gratuita, Saúde, Diabetes.

# Fatores Associados a Judicialização por Portadores de DM e Perfil dos Demandantes da Justiça Gratuita

Vanessa Boarati \*

Maria Dolores Montoya Diaz †

Julho/2020

## Resumo

Entre 2011 e 2017, no Estado de São Paulo, o gasto com atendimentos de determinações judiciais cresceu a uma taxa anual de 26% aa, sendo um quarto dessas provenientes de pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) e motivada pela requisição da insulina análoga. A maior parte desses demandantes são provenientes de regiões de menor vulnerabilidade social, segundo análise de georreferenciamento, hospitais privados, médicos particulares e advogados privados. Nos testes empíricos (Modelos *Probit*), identificamos, no nível municipal, efeito significativo na probabilidade de judicialização das variáveis de acesso ao SUS (negativo), despesa com saúde (negativo) e oferta de médicos (positivo). Não encontramos efeito da variável *proxy* de acesso a justiça, PIB *per capita* e do Programa Farmácia Popular. Na segunda análise, com dados por demandante, a demanda judicial solicitada por um advogado público (justiça gratuita), embora seja uma pequena parte do valor total, é positivamente associada a maior vulnerabilidade do paciente e receita de médico do SUS.

**Palavras-chaves:** Judicialização. Demandantes da Justiça Gratuita. Saúde. Diabetes.

**Área ANPEC:** Área 5 - Economia do Setor Público

## Abstract

Between 2011 and 2017, these demands increased at an annual rate of 26% per year and represented, 25% of the total amount spent on the Diabetes Mellitus (DM) patients motivated and is mainly driven by the demand for insulin analogs. Most of these claimants are the regions with the lowest social vulnerability, according to a georeferencing analysis, the place where the treatment is taking place is a private hospital with a private doctor and the attorney is a private lawyer. In the first empirical analyse (*Probit* Models), at the city level, the probability of judicialization of the variables of access to SUS (negative), health expenditure (negative) and supply of doctors (positive). There was no significant effect of the *proxy* variable of access to the justice system, GDP *per capita* and the PFP. In the second analysis, the judicial demand requested by a public lawyer, though it is a small part of the total amount, is positively associated with greater vulnerability plaintiffs and a local public hospital or UBS (SUS physician prescription).

**Key-words:** Litigation. Complainants of Free Legal Aid. Health. Diabetes.

**JEL Codes:** H44,H51, K41, C25

---

\*Inspere e IPE-USP. E-mail: vanessaB3@insper.edu.br

†Departamento de Economia - FEA/USP. E-mail: madmdiaz@usp.br

# 1 Introdução

A judicialização da saúde é um fenômeno mundial, com especificidades regionais (LAMPREA, 2017; DITTRICH et al., 2016). No Brasil, diversos estudos avaliam os impactos das decisões judiciais que obrigam o poder público a fornecer medicamentos, insumos, equipamentos, cirurgias, entre outros (VIEIRA, 2018). De um lado, há trabalhos que avaliam efeitos benéficos dessa judicialização como instrumento de pressão e garantia de acesso aos serviços públicos de saúde (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016). Por outro lado, a maior parte dos estudos identificam efeitos negativos do “modelo brasileiro de judicialização”, em particular, em razão dos efeitos regressivos, impacto orçamentário e na gestão do orçamento e compras do SUS (WANG, 2015; SANTOS et al., 2018).

Especificamente quanto às demandas judiciais no Estado de São Paulo, na Tabela 1 verifica-se que entre 2016 e 2018 o valor executado total aumentou de R\$ 47 milhões para R\$ 300 milhões, taxa anual de crescimento da ordem de 80%. No mesmo período, por outro lado, em termos monetários o dispêndio do Estado com a Assistência Farmacêutica Especializada (AFE)<sup>1</sup> ficou praticamente inalterado. Assim, nota-se um forte crescimento relativo dos gastos com a judicialização, frente aos gastos totais com medicamentos e insumos fornecidos na AFE, de 4%, em 2016, para 23%, em 2017, e 28%, em 2018.

Tabela 1 – Impacto Despesas Judiciais - Total % AFE (2016 a 2018)

	Determinação Judicial	AFE - Medicamentos/Insumos	%
2016	R\$ 47.319.339	R\$ 1.190.164.386	4%
2017	R\$ 246.283.958	R\$ 1.072.749.707	23%
2018	R\$ 300.247.398	R\$ 1.056.296.046	28%

Fonte: Elaboração Própria com dados SIAFEM/SP (Valor Executado) (ESTADUAL, 2019)

Esse elevado crescimento com o atendimento de determinações judiciais pode, ainda, estar subestimado, pois não são incluídos nesse valor executado (Tabela 1) custos importantes mas de difícil estimação, dentre eles: custos indiretos da gestão do processo de atendimento às demandas, recursos humanos, estoques, materiais, logística de entrega e mesmo de multas decorrentes do atraso no cumprimento de ordem judicial (TCU, 2015; XAVIER, 2017). Ademais, não podem ser estimados os custos decorrentes de ineficiências geradas por compras públicas pulverizadas. Entre outras razões por ser uma maior quantidade de processos de compra, em alguns casos destinadas a estoque para o atendimento de paciente único e haver dificuldade na aquisição dos itens por falta de interesse comercial dos ofertantes. Situação agravada nos casos em que há na demanda judicial há a especificação de determinada marca, agravando o risco de descumprimento de decisão judicial e consequentes sanções (CODES, 2018).

Os medicamentos mais solicitados pela via judicial destinaram-se ao tratamento de doenças raras e da diabetes mellittus (DM). O acesso a medicamentos é essencial no tratamento dos vários problemas de saúde, porém, a importância da Diabetes Mellitus (DM) decorre do fato de ser uma doença crônica não transmissível (DCNT), de prevalência elevada e crescente em todo o mundo, principalmente, em países em desenvolvimento <sup>2</sup>, o que a distingue comparativamente às doenças raras.

Em termos de unidades, por sua vez, a judicialização é motivada principalmente pela requisição de medicamentos sendo que a quase totalidade das decisões são favoráveis ao paciente (SANTOS et al., 2018; WANG et al., 2011).

<sup>1</sup> A AFE inclui medicamentos e insumos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. A disponibilização desses itens é definida em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicadas pelo MS.

<sup>2</sup> Detalhes em (ATELLA et al., 2006; NWANKWO; OKAMKPA; DANBORNO, 2018)

Isto ocorre de modo geral, muito embora haja decisões da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) contrárias à incorporação das insulinas análogas de maneira ampla no tratamento da DM no SUS (CONITEC, 2019; CONITEC, 2019).<sup>3</sup> É intenso o debate na literatura sobre os custos globais da incorporação desses medicamentos mais modernos aos sistemas de saúde, cujo mercado é mundialmente dominado por três empresas multinacionais, Eli Lilly, Novo Nordisk e Sanofi (BERAN; EWEN; LAING, 2016; SOPPI et al., 2018; BERAN et al., 2019). Com efeito, em média, as insulinas análogas são mais de 6 vezes mais caras que seus substitutos (eficácia similar) - insulina humana (regular e NPH) - medicamentos que, no Brasil, estão amplamente disponíveis de forma gratuita nas farmácias do SUS e em toda a rede credenciada ao Programa Farmácia Popular (CHIEFFI, 2017; BRASIL, 2018).

É nesse contexto que estão inseridas as contribuições do presente artigo com ênfase nas demandas judiciais por portadores de DM, no Estado de São Paulo, com base em dados disponibilizados pela Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS da Secretaria de Saúde do Estado (Sistema Codes).<sup>4</sup> Assim, após uma detalhada discussão do perfil da judicialização, com base em dados do S-Codes, elaboramos duas análises com base em modelos de regressão não lineares de escolha binária. Como apresentaremos, primeiro, nosso objetivo foi entender, em nível municipal, as variáveis associadas a maior probabilidade de judicialização no nível municipal. Em segundo, com dados desagregados no nível da demanda, entender as principais características associadas aos demandantes que buscam acesso aos medicamentos para o tratamento do DM por meio do expediente da justiça gratuita (Defensor, Promotor ou Procurador). Essa estratégia nos permite avaliar as características associadas ao litigante que busca acesso gratuito à justiça, em particular, quanto à sua vulnerabilidade construída com base nos dados do CEP da residência do paciente (autor da ação) e uma análise de georreferenciamento.

## 2 Fatores Associados e Perfis da Judicialização por Portadores de DM

Nossa base de dados inclui todos os processos judiciais, por pacientes portadores de DM (CID E.10)<sup>5</sup>, entre 2007 a outubro de 2018, disponível no S-Codes. O S-Codes foi desenvolvido, em 2010, sob Coordenação da Área de Demandas Estratégicas do SUS - Codes (BRASIL, 2017), para que a Secretaria de Saúde melhorasse o sistema de gestão e controle dos processos judiciais. Nossos dados encontram-se em painel, desagregados por item demandado, incluindo: (i) o demandante com informações de gênero, idade, CEP da residência; (ii) a demanda com a descrição dos itens requisitados, data que foi realizada, prazo de atendimentos, *status* da demanda (ativa ou inativa), solicitação de item com marca, disponibilidade no SUS, quantidade e preço; e (iii) a estratégia do pedido judicial a origem do local de tratamento da receita médica, dados do patrono, vara e contra quem a solicitação foi impetrada.

<sup>3</sup> As insulinas análogas são medicamentos mais modernos e, segundo estudos, exibem maior previsibilidade no controle glicêmico e estão associados a menor risco de hipoglicemia noturna e ganho de peso. Até a conclusão desse artigo foi aprovada pela Conitec apenas tipos específicos de insulinas análogas e para determinados casos de DM (MS, 2017; CONITEC, 2019)

<sup>4</sup> Em resposta às requisições feitas, entre 2018 e 2020, com base na Lei de Acesso à Informação (LAI) (BRASIL, 2011)

<sup>5</sup> E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente (95%), E10.0 DM com coma (0,77%), E10.1 DM com cetoacidose (0,24%), E10.2 DM com complicações renais (0,23%), E10.3 DM com complicações oftálmicas (0,07%), E10.4 DM com complicações neurológicas (0,15%), E10.5 DM com complicações circulatórias periféricas (0,11%), E10.6 DM com outras complicações especificadas (0,07%), E10.7 DM com complicações múltiplas (0,4%), E10.8 DM com complicações não especificadas (0,28%), E10.9 DM sem complicações (2,62%).

## 2.1 Descritivas da Base SCODES e Estimativa de Impacto Financeiro da Judicialização por Portadores de DM

Como se observa na Tabela 2, há um total de 14.175 demandas judiciais por pacientes portadores de DM. Em média, cada um desses pedidos requer 4,33 diferentes itens, nas categorias de medicamentos, materiais médico-hospitalares, procedimentos médico-hospitalares, produtos nutricionais e outros. Entre 2007 e 2009, parte dessas demandas foram catalogadas como tendo ocorrido em 2010, o que explica, em grande parte, o crescimento do total de demandas naquele ano. Nos anos seguintes, com exceção de 2015, o total de novas demandas é de pouco mais de mil novos pedidos. Em relação ao total de municípios, análise que será melhor desenvolvida na Tabela 5, em média, por ano, cerca de um terço dos 645 municípios paulistas possuem novas demandas judiciais por portadores de DM.

Tabela 2 – S-Codes: Demandas Judiciais Portadores DM (2007 a out.2018)

	Demandas	%	Total Itens	Média Itens - Demanda	Municípios
2007	1	0,01	7	7,00	1
2008	1	0,01	11	11,00	1
2009	994	7,01	5.357	5,39	39
2010	4.015	28,32	18.747	4,67	289
2011	1.001	7,06	3.939	3,94	169
2012	946	6,67	3.898	4,12	172
2013	1,138	8,03	4.967	4,36	169
2014	1.065	7,51	4.713	4,43	180
2015	1.930	13,62	6.760	3,50	228
2016	1.308	9,23	5.333	4,08	253
2017	1.115	7,87	4.744	4,25	241
2018.10	661	4,66	2.845	4,30	183
<b>Total</b>	<b>14.175</b>	<b>100</b>	<b>61.321</b>	<b>4,33</b>	

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

A análise do *status* dessas demandas judiciais (Tabela 3) revela que, em outubro de 2018, 67% estavam ativas, enquanto 33% estavam inativas, mas sem a data nem a justificativa para a paralisação da demanda. Ademais, como se verifica, o pedido judicial pode ser classificado em 3 grupos quanto ao prazo de cumprimento, a saber: (i) prazo indeterminado: atendimento contínuo com periodicidade pré-definida (em geral, mensal); (ii) atendimento único: determinação de fornecimento em uma única ocasião, comum em pedidos como leito em hospital para internação; e (iii) dispensações determinadas: prazo de atendimento é limitado a um número pré-determinado, comum a situações em que os efeitos do tratamento ainda estão sob avaliação clínica pelo respectivo médico. Entre as demandas ativas, como se nota, a maior parte (82%) dos itens requisitados é por prazo indeterminado, resultado consistente com o fato do DM ser uma condição crônica em que o acesso contínuo a medicação é essencial no controle da enfermidade (LEÃO et al., 2018).

Tabela 3 – *Status* e Prazos de Cumprimento - Demanda e Itens

Demanda	Indeterminado	Único	Dispensações	Total Demandas	%
Ativas (% Itens)	82,2%	17,4%	0,36%	9.522	<b>67%</b>
Inativas (% Itens)	88,0%	11,04%	0,89%	4.653	<b>33%</b>

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

Na Tabela 4 apresentamos, ainda, estimativa do valor total dispendido, atualizado pelo próprio S-Codes, com o atendimento das demandas judiciais por portadores de DM, entre 2007 e outubro de 2018. De maneira conservadora, as dispensações por prazo determinado, pela ausência de dados quanto ao prazo efetivo de cumprimento, foram consideradas apenas como um único atendimento. As demandas inativas (em outubro de 2018) foram desconsideradas da análise, uma vez que não existem

dados complementares quanto ao momento que se tornaram inativas. Além disso, a estimativa do valor anual dos itens com prazo indeterminado foram realizadas, por ano, como incluindo 6 ocorrências (bimestral). Hipótese também conservadora, uma vez que a periodicidade do atendimento é, em geral, mensal. Não foram, assim, consideradas as variações ao efetivo mês de início do atendimento. Por fim, pela ausência de dados, em nossas estimativas não incluímos os gastos relativos à categoria de procedimentos médico-hospitalares (internações, consultas e transferências).

Como se verifica na Tabela 4, o gasto total com o atendimento de demandas judiciais por pacientes portadores de DM vem crescendo de maneira contínua e significativa no período analisado. Com efeito, entre 2011 e 2015, o crescimento anual médio desses gastos foi da ordem de 30%, percentual que, entre 2016 e 2017, passou a ser de pouco mais de 17%. Por outro lado, como se nota, há uma redução na velocidade desse crescimento, muito embora o percentual ainda seja bastante elevado (20%). No período analisado, com foco de 2011 a 2017, em razão das limitações da base como discutido na página 4, o gasto total com o atendimento das demandas de portadores de DM cresceu quase 300% (26% aa), totalizando, em 2017, mais de R\$ 62 milhões e cerca de 25% do total gasto com atendimento de determinações judiciais à saúde no Estado de São Paulo, conforme dados apresentados a Tabela 1. Em 2017, ainda segundo nossas estimativas, o gasto médio anual por paciente foi de R\$ 6.778, resultado próximo ao estimado em trabalhos anteriores com os dados S-Codes (FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010; CHIEFFI, 2017).

Tabela 4 – Estimativa Valor Total Demandas (2007 a out.2018)

Ano	Única ou Determinada	Indeterminada	Total	% Ano	2017/2011
2008	R\$ 15.134	R\$ 32.704	R\$ 47.838		
2009	R\$ 37.678	R\$ 1.317.037	R\$ 1.354.715	-	
2010	R\$ 2.609.603	R\$ 11.683.777	R\$ 14.293.380	-	
2011	R\$ 1.017.305	R\$ 14.804.926	R\$ 15.822.230	-	
2012	R\$ 1.724.401	R\$ 19.609.719	R\$ 21.334.120	<b>34,84%</b>	
2013	R\$ 2.211.811	R\$ 25.364.767	R\$ 27.576.578	<b>29,26%</b>	
2014	R\$ 2.851.282	R\$ 32.543.638	R\$ 35.394.920	<b>28,35%</b>	<b>296%</b>
2015	R\$ 2.977.150	R\$ 42.097.932	R\$ 45.075.082	<b>27,35%</b>	
2016	R\$ 2.963.682	R\$ 50.589.728	R\$ 53.553.410	<b>18,81%</b>	
2017	R\$ 3.403.337	R\$ 59.229.348	R\$ 62.632.686	<b>16,95%</b>	
out.2018	R\$ 2.389.560	R\$ 64.835.637	R\$ 67.225.197	-	

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

Na Tabela 5, avaliamos a distribuição geográfica das demandas judiciais de portadores de DM e, como se nota, há expressiva concentração. Com efeito, dez municípios concentram mais 50% do total desses casos, e a capital (São Paulo) concentra mais de um terço desse percentual. Em termos do total de casos *per capita* identificamos uma significativa heterogeneidade entre os municípios com maior judicialização, com cinco municípios com mais de 100 casos por 100 mil habitantes, a saber: Ourinhos (415), Marília (286), Bauru (165) e Sorocaba (114). São Paulo capital, por outro lado, tem o menor índice entre esses 10 municípios, com 23 demandas de pacientes portadores de DM por 100 mil habitantes. Em todo o período analisado, ademais, 340 municípios (52% dos municípios do Estado) possuem entre 1 e 10 processos, 115 municípios (18%) possuem entre 11 e 99 e apenas 13 municípios possuem entre 100 e 250 processos por portadores de DM. Por fim, identificamos, sempre pela localidade de residência do demandante, 478 municípios (74%) com demandas judiciais e 167 municípios (26%) sem nenhum caso registrado durante o período analisado.

Os dados indicam, portanto, haver elevada heterogeneidade entre os municípios quanto à quantidade de processos por portadores de DM, resultado consistente com avaliações, por Estado, da judicialização da saúde (AZEVEDO et al., 2015). Não havendo, ainda, evidências de que essa heterogeneidade seja justificada por diferenças, entre os municípios do Estado de SP, da taxa de prevalência do DM (VIGITEL, 2018). Na Seção 4.1, como apresentaremos, por meio de uma estratégia empírica, avaliaremos as características do município que contribuem para a probabilidade

Tabela 5 – Dispersão Geográfica Demandas - Total e *per capita*

<b>Residência do Demandante</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b><i>per capita</i> 100 mil</b>
São Paulo	2.630	19,6	23
Sorocaba	727	5,4	114
Marília	650	4,9	286
Bauru	591	4,4	165
Ourinhos	450	3,4	415
Campinas	432	3,2	36
Ribeirão Preto	402	3,0	61
São José do Rio Preto	370	2,8	85
Santo André	365	2,7	53
Santos	327	2,4	77
Sub Total 10 Maiores	6.944	52	
Entre 100 e 250 - 13 Municípios	2.010	15	
Entre 11 e 99 - 115 Municípios	3,243	24,1	
Até 10 casos - 340 Municípios	1.207	8,7	
Nenhuma Demanda - 167 Municípios	-	-	

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

de judicialização por portadores de DM, contribuindo para a compreensão da heterogeneidade regional entre os municípios do Estado de São Paulo.

### 3 Perfil dos Demandantes, Demandas e Estratégia do Pedido

#### 3.1 Perfil dos Demandantes

Especificamente quanto ao perfil dos demandantes, apresentamos as principais características quanto ao gênero e idade, disponíveis na base comparando-os com os dados de auto-prevalência disponíveis na literatura. Ademais, com base nos dados do CEP da residência, elaboramos uma variável *proxy* do grau de vulnerabilidade desses demandantes. Nossas análises considerarão as participações relativas (em %) dessas características, sendo menos relevante o total em quantidade, posto haver alguns problemas no preenchimento completo dessas informações. Não há, contudo, segundo nossas análises, quaisquer indícios de viés no preenchimento da base de dados do S-Codes.

Na Tabela 6, analisamos o perfil dos demandantes quanto ao gênero e idade, por demandas ativas e total de demandas. O exame dos dados revela haver, em todos os sub-grupos, uma participação maior de mulheres (média 57%), sendo consistente com os dados de prevalência do DM (VIGITEL, 2018). Quanto à idade, crianças e jovens representam, em média, 13% das demandas judiciais e provavelmente associado ao DM Tipo 1, inicialmente definido como “diabetes juvenil”, que compreende cerca de 10% do total de casos (Ministério da Saúde., 2006). Os grupos de adultos, por sua vez, foram segregados em duas sub-categorias, 18 a 35 anos, e 35 a 55 anos, em média, representam 27% das demandas totais e 29% das demandas ativas. Juntos, portanto, esses dois grupos representam mais de 55% das demandas existentes, percentual elevado quando se avalia que a prevalência autodeclarada, média, nessas faixa de idade é de 4% (VIGITEL, 2018). Acima de 55 anos, embora a prevalência do DM aumente na população em geral de forma significativa (média 20%), entre os demandas judiciais ativas, como se verifica, representa apenas 29% do total de pedidos, resultado aparentemente surpreendente.

O grau de vulnerabilidade dos demandantes foi elaborado com base em uma análise de georreferenciamento utilizando as informações disponíveis do CEP da residência. Trata-se de base



Tabela 6 – Perfil Litigantes - Gênero e Idade

Total Demandas	<18 anos	18 <idade <35	35 <idade <55	>55 anos	Total	%
Feminino	666	1.480	1.586	1.999	5.731	57%
Masculino	609	1.240	1.096	1.403	4.348	43%
<b>Total</b>	<b>1.275</b>	<b>2.720</b>	<b>2.682</b>	<b>3.402</b>	<b>10.079</b>	
%	<b>13%</b>	<b>27%</b>	<b>27%</b>	<b>34%</b>		
<b>Demandas Ativas</b>						
Feminino	501	1.109	1.199	1.230	4.039	57%
Masculino	449	958	839	824	3.070	43%
<b>Total</b>	<b>950</b>	<b>2.067</b>	<b>2.038</b>	<b>2.054</b>	<b>7.109</b>	
%	<b>13%</b>	<b>29%</b>	<b>29%</b>	<b>29%</b>		

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

original e elaborada com intuito de melhor compreender o perfil do portador de DM litigante no Estado de São Paulo e serão, ainda, utilizados em nossa estratégia empírica (Subseção 4.2). Para a construção dessa variável de “vulnerabilidade do litigante portador de DM” realizamos, primeiro a geocodificação com dados de CEP da base S-Codes e, em seguida, com base nos dados do índice paulista de vulnerabilidade social (IPVS), realizamos a classificação por ano, dos demandantes, nos 7 grupos conforme exposto na Tabela 7.

Do total da base, entre 2009 e 2017, 12.423 (88%) observações continham informações de CEP, sendo 11.379 geocodificadas com sucesso. O restante constava como inexistente ou resultaram em 2 localidades fora do Estado de São Paulo. Na construção do Georreferenciamento foram também utilizadas as bases do Diretório Nacional de Endereços, da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios) e a API de Geocodificação da Plataforma Google Maps. Nossa estratégia foi identificar o ponto médio das ruas que compartilham o mesmo CEP e, após a geocodificação, realizamos a união espacial entre os CEPs e os setores censitários do IBGE (CENSO, 2010), a partir de identificação do vizinho mais próximo (centroide do setor censitário mais próximo) de cada CEP. Por fim, essas informações do setor censitário foram utilizadas para a obtenção do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social correspondente, disponibilizado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (SEADE, 2010). Vale esclarecer que o IPVS é construído pela SEADE com base em um conjunto de informações socioeconômicas e demográficas existentes no banco de dados do Censo Demográfico de 2010 (CENSO, 2010) e informações referentes ao ciclo de vida familiar (presença de crianças menores, idade e gênero do chefe de família) e escolaridade, no espaço intraurbano, com o objetivo de investigar a desigualdade intramunicipal (ESTADUAL, 2010a).

Na Tabela 7, apresentamos, por ano, os resultados obtidos. Como se observa, a maior parte dos demandantes reside em regiões de vulnerabilidade: baixíssima (14,2%), muito baixa (61%) ou baixa (10%). De fato, mais de 85% do total de litigantes, segundo nossa análise, são provenientes de regiões de menor vulnerabilidade do Estado de São Paulo, indicando pertencerem ao grupo de maior classe de renda. De outro lado, os litigantes provenientes de localidades de vulnerabilidade média somam 11%, enquanto aqueles localizados em regiões de alta vulnerabilidade rural ou urbana somam menos de 3%, e, apenas 0,9% pertencem a regiões de vulnerabilidade urbana muito alta.

A análise da evolução desses dados ao longo dos anos, não parece revelar mudanças significativas nesse perfil dos demandantes de maior poder aquisitivo. Pelo contrário, entre os 100 demandantes de vulnerabilidade urbana muito alta, 70% ocorreu antes de 2011. Esses resultados corroboraram, para os portadores de DM do Estado de São Paulo, conclusões de estudos anteriores sobre o perfil da judicialização da saúde como um todo, na cidade de São Paulo (WANG; FERRAZ, 2013; SILVA; TERRAZAS, 2011) e, em geral, no Brasil (OCDE, 2018). Com efeito, como se observa, mais de 85% do total das demandas são originárias de regiões de menor vulnerabilidade, frente a uma participação de 60% dessas regiões no Estado de São Paulo, segundo dados IPVS.<sup>6</sup> As regiões de maior vulnerabilidade na

<sup>6</sup> No total, em 2010, há cerca de 60 mil setores censitários no Estado de São Paulo, distribuídos em proporção,

Tabela 7 – Vulnerabilidade Social dos Demandantes (2009-2017)

	Baixíssima	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta Rural	Alta Urbano	Muito Alta Urbano	Total
2009	192	459	126	82	1	44	23	927
2010	409	2,096	307	241	-	72	35	3.160
2011	127	559	77	81	-	15	12	871
2012	123	488	71	68	-	15	4	769
2013	131	605	110	78	1	22	6	953
2014	130	524	93	86	-	25	5	863
2015	248	974	153	247	-	36	5	1.663
2016	131	687	104	202	-	41	5	1.170
2017	120	568	107	163	-	38	5	1.001
<b>Total</b>	<b>1.611</b>	<b>6.962</b>	<b>1.148</b>	<b>1.248</b>	<b>2</b>	<b>308</b>	<b>100</b>	<b>11.379</b>
%	14,2%	61%	10%	11%	0,02%	2,7%	0,9%	
%		85%				15%		

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

base S-Codes, por sua vez, representam cerca de 15% das demandas totais, frente a uma participação da população dessas regiões de 30%, segundo a mesma base SEADE.

### 3.2 Características da Demanda

Nossa base possui 61.321 itens em 1.340 diferentes apresentações, incluindo medicamentos, materiais médico-hospitalares, produtos nutricionais, procedimentos médico-hospitalares e outros. Na Tabela 8 mostramos, sem diferenciação de apresentação, os 15 principais itens demandados. Juntos, esses produtos representam, em quantidade, 86% de todas as solicitações existentes. A maior parte, como se pode verificar, é das categorias de medicamentos (33,2%) e materiais (52,2%), havendo apenas alguns tipos de vitaminas classificadas na categoria de nutrição (0,6%). Em regra, segundo informações Codes, no pedido são incluídos todos os itens constantes do receituário médico do paciente, independentemente da disponibilidade nas farmácias do SUS ou no PFP. A justificativa (motivação) do pedido, entretanto, ocorre pelo item não disponibilizado na política pública de saúde, em particular.

Ainda de maneira agregada, uma importante análise refere-se à disponibilidade desses itens no SUS ou no PFP (Tabela 9). Como se verifica, a maior parte das requisições judiciais (77,5%) envolve itens não ofertados pela política pública, enquanto pouco menos de 25% estão, em teoria, disponíveis à população, compreendidos na lista de componentes básicos (21%), especializado (1%) ou estratégico (0,1%). Esse resultado, novamente, decorre da estratégia do pedido judicial de incluir todos os itens constantes do receituário médico, sendo adotado por comodidade ao litigante, e identificado em estudos para outras regiões do país (LISBOA; SOUZA, 2017).

Outra informação que merece ser destacada na Tabela 9 é a participação (mais de 25%) dos itens requisitados com a determinação de marca específica do produto e/ou fabricante, a ser adquirida pelo Estado, não apenas o princípio ativo. Essa exigência, como discutido na Sub-seção ??, traz custos adicionais e ineficiências às compras públicas, em razão da maior pulverização, estoques e até mesmo dificuldades na aquisição dos itens por falta de interesse comercial. De maneira exemplificativa, apresentamos na Tabela 10 as marcas requisitadas para itens disponibilizados nas três listas do SUS.

Concluída a apresentação das demandas de maneira agregadas, passaremos a avaliar, em detalhe, as demandas por insulinas análogas que, além de justificar a maior parte dessas requisições, são os itens mais demandado (Tabela 8). Como se verifica na Tabela 11, mais de 95% são de insulinas do tipo análogas (Longa duração e Ação ultrarrápida) (SBD, 2017), com diferentes tipos e fabricantes,

população (em milhões de pessoas) e Rendimento Médio dos Domicílios (em R\$), respectivamente, nos 7 grupos: (1) Baixíssima vulnerabilidade (8,3%, 2,5 e R\$ 8.459); (2) Vulnerabilidade muito baixa (42,4%, 16,3 e R\$ 2.964); (3) Vulnerabilidade baixa (16,6%, 7,3 e R\$ 2.133); (4) Vulnerabilidade média (18,2%, 7,8 e R\$ 1.627); (5) Vulnerabilidade alta - urbanos (8,8%, 4,5 e R\$ 1.401); (6) Vulnerabilidade muito alta - aglomerados subnormais urbanos (4,1%, 1,8 e R\$ 1.201); e (7) Vulnerabilidade alta - rurais (1,6%, 0,4 e R\$ 1.054) (ESTADUAL, 2010b).

Tabela 8 – Principais Grupos de Itens Demandados e Categorias

Item	Total	%	Categoria
Insulina - Diversas	18,728	30,5%	Medicamento
Acessórios para Bomba de Insulina	10.968	17,9%	Materiais
Fita Reagente	5.833	9,5%	Materiais
Lanceta para Coleta de Sangue Capilar	4.432	7,2%	Materiais
Agulha para Caneta Aplicadora Insulina	3.581	5,8%	Materiais
Monitor de Glicemia Capilar	3,053	5,0%	Materiais
Bomba de Infusão de Insulina	1.680	2,7%	Materiais
Seringa com Agulha	841	1,4%	Materiais
Metformina	735	1,2%	Medicamento
Caneta Aplicadora de Insulina	733	1,2%	Materiais
Lancetador	511	0,8%	Materiais
Levotirox	471	0,8%	Medicamento
Pilha Alcalina	410	0,7%	Materiais
Ácido Acetilsalicílico	399	0,7%	Medicamento
Vitaminas - Diversas	378	0,6%	Medicamento/Nutrição
<b>Total 15 Itens mais demandados</b>	<b>52.753</b>	<b>86%</b>	
<b>Total Base</b>	<b>61.321</b>		

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

Tabela 9 – Itens Demandados - Disponibilidade SUS e Solicitação com Marca

		N	%
<b>Disponibilidade SUS</b>	Componente Básico	13.118	21,39
	Componente Especializado	645	1,05
	Componente Estratégico	59	0,1
	Não	47.499	77,46
<b>Marca Específica</b>		16.035	26,14

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

Tabela 10 – Requisição Marca Específica - Lista de Componentes SUS

Componente Básico				Componente Especializado	
Glifage Xr	23	Glucoformin	2	Lipitor	4
Diamicrom Mr	21	Humulin N	2	Citalor	3
Aas	18	Ritmonorm	2	Plavix	3
Novolin N	10	Apresolina	1	Lipless	2
Selozok	8	Atenol	1	Cedur	1
Azukon Mr	6	Capoten	1	Clopin	1
Oscal D	6	Clorana	1	Foraseq	1
Synthroid	6	Daforin	1	Gabaneurin	1
Puran T4	5	Humulin R	1	Genérico Ranbaxy	1
Aldactone	3	Ictus	1	Lipanon	1
Ancoron	3	Lactulona	1	Viagra	1
Caltrate 600 + D	3	Marevan	1	<b>Componente Estratégico</b>	
Glifage	3	Novolin R	1	Zetron	2
Lasix	3	Osteonutri	1		
Monocordil	3	Polaramine	1		
Pressat	3	Roxflan	1		
Renitec	3	Sinvascor	1		
Aradois	2	Torlos	1		
Benerva	2	Tryptanol	1		
Endofolin	2	Zocor	1		
Euthyrox	2				

Fonte: Elaboração Própria com base em dados S-Codes.

a saber: (i) Glargina (Lantus®) - 35%; (ii) Lispro (Humalog®) - 25%; (iii) Asparte (Novorapid®) - 21%; (iv) Determir (Levemir®) - 7%; (v) Glulisina (5%); e (iv) Degludeca (Apidra®) - 3%. A insulina humana - NPH e Regular - (Ação Intermediária e Rápida), por sua vez, representa 4% das insulinas demandadas pela via judicial, mas a requisição, ao menos para o Estado de São Paulo, não decorre de escassez nas Farmácias Públicas do SUS ou Rede Credenciada ao Farmácia Popular.<sup>7</sup>

Na Tabela 11, ademais, preparamos uma comparação dos preços, com base nas informações disponíveis em nossa base. Segundo informações da base S-Codes, os dados de preço do sistema são atualizados para o mesmo período, permitindo, portanto, a comparação. No cálculo consideramos sempre o preço disponível na base para a embalagem de 100 UI/ml com 10 ml.<sup>8</sup> Como se observa, em média, os substitutos análogos, em mesma apresentação, são 770% mais caros que o substituto disponibilizado à população.

Tabela 11 – Insulinas Demandadas e Comparação Preços Análogos x IH

	Total	%	Tipo	Preço - 100 UI/ml 10 ml	IH - Base 100
Insulina Glargina	6.479	35%	Análoga	98,2	933
Insulina Lispro	4.760	25%	Análoga	68,85	654
Insulina Asparte	3.932	21%	Análoga	64,11	609
Insulina Determir	1.252	7%	Análoga	133,80	1272
Insulina Glulisina	885	5%	Análoga	73,71	701
Insulina Humana (IH)	804	4%	Humana	10,52	100
Insulina Degludeca	616	3%	Análoga	193,60	1840
<b>Total Insulina</b>	<b>18.728</b>		<b>Média Análogas</b>		<b>873</b>

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

É importante destacarmos, entretanto, que essa comparação de preços possui limitações, tendo sido elaborada exclusivamente com o intuito de agregar informação à presente análise. Com efeito, uma comparação completa exige, não apenas a avaliação custo-benefício ou custo-utilidade entre os diferentes medicamentos. Além disso, trata-se de avaliação complexa, mesmo que, por simplificação de análise, fosse considerado apenas a diferenciação de preço, entre outros, em razão de diferenças quanto às apresentações disponíveis, início e pico da ação, tempo em que ficam ativas no corpo, dosagens indicadas no controle da glicemia para cada situação específica, método de aplicação (NAT-JUS, 2019)<sup>9</sup>. De todo modo, a comparação é relevante e os resultados encontrados estão, ainda, em linha com conclusões de estudos que avaliaram o custo de incorporação da insulina análoga no mundo (LARANJEIRA; SILVA; PEREIRA, 2016; SOPPI et al., 2018).

Por fim, dentre os demais itens requisitados, a categoria de materiais corresponde a 46% desse total. E, como exposto na Tabela 8, incluem: seringas, agulhas, lancetas e as bombas de insulina e seus respectivos acessórios, entre outros. As demais categorias são produtos nutricionais (0,3%), incluindo vitaminas e nutrição especial e a categoria de procedimentos médico-hospitalares (0,4%). Em relação a essa última, por seu turno, como se observa na Tabela 12, a maior parte dos pedidos refere-se ao Tratamento com Câmara Hiperbárica (54%). Nota-se, ainda, que em razão do perfil dessa categoria, apenas 17% são demandas ainda ativas e mais de 90% foram solicitações únicas.

<sup>7</sup> Da análise da base, verificamos que esses pedidos ocorrem em demandas que também requisitam insulina análoga, principalmente lispro e a glargina.

<sup>8</sup> As insulinas Determir Glulisina, na base S-Codes, possuíam apenas apresentações de 3 ml. Estimamos o preço para 10 ml de ambos os produtos considerando, primeiro, o preço de 3 ml disponível na base, segundo, considerando a diferença de preço, na mesma base, entre as embalagens da insulina Lispro para as apresentações de 3 ml e 10 ml.

<sup>9</sup> Os Núcleos de Avaliação de Tecnologias da Saúde (NAT) são um dos mecanismos internos, desenvolvidos pelos tribunais, de análise técnica das demandas em saúde (AZEVEDO et al., 2015).

Tabela 12 – Principais Tratamentos Requisitados

Tratamento Demandado	Total	%	Ativas	Prazo Único
Câmara Hiperbárica	116	54%		
Internação	36	17%		
Consulta Médica	26	12%		
Cirurgias, Hemodiálise e Outros	22	10%		
Exames Diagnósticos - Diversos	12	6%		
Cuidador em casa/especializado	2	1%		
Transferência Hospitalar	2	1%		
<b>Total</b>	<b>216</b>		<b>37</b>	<b>196</b>
<b>%</b>			<b>17%</b>	<b>91%</b>

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

### 3.3 O Pedido Judicial

Concluída as análises sobre os litigantes (perfil do demandante) e o que é requisitado (características da demanda), passaremos, a analisar a estratégia de solicitação, em particular, com o intuito de apresentar a participação de médicos e advogados, segregados por agentes privados *versus* públicos nessa judicialização, por portadores de DM, contra o Estado. Como se observa na Tabela 13, 80% das demandas são realizadas por meio de advogados privados, sendo os dois ritos processuais mais escolhidos o ordinário e o mandado de segurança. Os “advogados públicos”, de outro lado, compreendem as categorias de defensores públicos, promotores e procuradores do Estado e juntos são patronos de 20% das demandas por portadores de DM no Estado de São Paulo, sendo a ação civil pública o principal rito dos Promotores, enquanto o rito ordinário e mandado de segurança são os principais, no caso dos Defensores.<sup>10</sup> Na maior parte dos casos, independente do patrono, a demanda é exclusivamente contra o Estado (73%), ou compartilhada contra Estado e Município de modo solidário (28%).

Tabela 13 – Estratégia Pedido: Patronos, Rito Processual e Ente Demandado

Rito Processual	Adv. Privado	Adv. Público	Defensor	Promotor	Procurador	Total	%
Rito Ordinário	4.670	614	564	34	16	5.284	39%
%	88%	12%					
Mandado de Segurança	4.667	360	308	43	9	5.027	38%
%	88%	7%					
Ação Cível Pública	15	1399	2	1.396	1	1.414	11%
%	0,3%	26%					
Rito Sumaríssimo	262	29	28	1	0	291	2%
Cautelar	56	2	2	0	0	58	0,4%
Pedido de Providência	10	14	1	13	0	24	0,2%
<b>% Patrono</b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>0,2%</b>		
<b>Ação Contra (%)</b>							
Estado	90%	5%	4%	1%	0,2%	73%	
Estado + Município	48%	26%	8%	18%	0,1%	28%	
Município	91%	4%	3%	2%	0,0%	1%	
Estado+ Munic.+União	91%	5%	5%			0,3%	
Estado + União	100%					0,1%	

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

Ainda pela origem do patrono, mas considerando agora a relação com origem do local de tratamento da receita médica (Tabela 14), 63% das demandas são provenientes de médicos de clínicas

<sup>10</sup> Como destaca Wang e Ferraz (2013), o MP (Promotores Públicos) e a Defensoria Pública (Defensor Público) possuem legitimidade ativa para ingressar com ações judiciais individuais e coletivas. Um acordo informal entre essas duas organizações determinou que, em São Paulo, a DP seria a principal responsável por ações individuais, ao passo que o MP seria encarregado principalmente por ações civis públicas.

privadas e entre essas receitas a participação de advogados privados é de 84% e dos advogados públicos de 16%. Assim, temos que 53% de todas as demandas de portadores de DM no Estado de SP se originam de médicos e advogados privados, enquanto 10% são de médico particular e advogado público. De outro lado, entre as receitas originadas de médico do SUS, 11% são de hospital público e 17% de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Ambulatório de Especialidades.<sup>11</sup> A maior parte dessas demandas, novamente, é realizada por meio de advogado privado (média de 70%), mas a participação de advogados públicos é mais representativa que na média total no total da amostra, respectivamente, 30% e 34%. Assim, 9% das demandas totais são provenientes de médicos e advogados públicos e 19% por médicos públicos e advogados privados.

Tabela 14 – Patrono e Origem Receita Médica

Local de Tratamento x Patrono	Adv. Privado	Adv. Público					Total	%
			Defensor	Promotor	Procurador			
Hospital / Clínica Privada	6.427	1.249	551	695	3	<b>7.676</b>	<b>63%</b>	
%	<b>84%</b>	<b>16%</b>						
Hospital Público	915	383	103	266	14	<b>1.298</b>	<b>11%</b>	
%	<b>70%</b>	<b>30%</b>						
UBS & Amb. Espec.	1.385	701	208	486	7	<b>2.086</b>	<b>17%</b>	
%	<b>66%</b>	<b>34%</b>						
<b>Total</b>	<b>9.680</b>	<b>2.418</b>	<b>905</b>	<b>1.487</b>	<b>26</b>	<b>12.098</b>		
%	<b>80%</b>	<b>20%</b>						

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

Passando, agora, a avaliar em maior detalhe as informações disponíveis na base sobre os patronos dessas ações impetradas por portadores de DM, identificamos 4.347 diferentes agentes, entre advogados privados e públicos (promotores, defensores e procuradores públicos). Como se observa na Tabela 15, a maior parte, 3.246 (27% dos casos), representa um único demandante, 987 (24%) representam de 2 a 10 processos e 100 (25%) representam de 11 a 100 casos. Há, ademais, um grupo restrito de 14 patronos que juntos totalizam cerca de 25% das demandas totais da base e mais de 100 ações. Entre eles, constam 5 promotores públicos com 1.222 ações (10% total) e 10 advogados privados com 1.718 (14% total) casos.

Tabela 15 – Demandas Judiciais por Patrono

	N. Patronos	N. Casos	%
Único Caso	3.246	3.246	<b>27%</b>
2 a 10 Casos	987	2.925	<b>24%</b>
11 a 100 Casos	100	2.958	<b>25%</b>
101 a 200 Casos	8	1.113	<b>9%</b>
Acima 200 Casos	6	1.827	<b>15%</b>
Total	4.347	12.069	

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

Por fim, avaliamos o padrão de representação pela Vulnerabilidade do Demandante (Tabela 16) e, como se verifica, 88% das demandas dos advogados privados são originárias de localizações de menor vulnerabilidade, percentual que se reduz para 80% nos casos de advogados públicos. A análise dos dados absolutos, por sua vez, revela algumas informações adicionais relevantes; a maior parte dos demandantes com vulnerabilidade elevada (média, alta urbana e muita alta urbana) realizaram a demanda por meio de advogado privado.

<sup>11</sup> Em razão de problemas de preenchimento da base, não é possível classificar o patrono de todas as demandas para as quais temos a informação da origem da receita

Tabela 16 – Patrono e Vulnerabilidade Social Demandante

Vulnerabilidade	Advogado Público	%	%	Advogado Privado	%	%	Total
Baixíssima	330	15%	80%	1,202	15%	88%	1,532
Muito Baixa	1,150	54%		5,165	63%		6,316
Baixa	237	11%		838	10%		1,076
Média	324	15%	20%	754	9%	12%	1,078
Alta Rural	1	0%		1	0%		2
Alta Urbano	86	4%		188	2%		274
Muito Alta Urbano	14	1%		80	1%		94
<b>Total</b>	<b>2.142</b>			<b>8.228</b>			<b>10.372</b>
<b>%</b>	<b>21%</b>			<b>79%</b>			

Fonte: Elaboração Própria, com base em dados S-Codes.

## 4 Estratégia Empírica

Nesta seção implementaremos nossa estratégia empírica que envolve a estimação de modelos *Probit*. Na primeira análise (Sub-seção 4.1), em nível municipal, com dados entre 2011 e 2017, avaliaremos a probabilidade associada à judicialização por portadores de DM, em face de um conjunto de variáveis usualmente consideradas na literatura como relevantes. Na segunda (Subseção 4.2), com dados desagregados no nível da demanda judicial, entre 2008 e outubro de 2018, avaliaremos os fatores associados a judicialização conduzida por “advogados públicos”, incluindo Defensor, Promotor ou Procurador Público. Em ambas, e de forma complementar, nossa estratégia é avaliar como as variáveis usualmente definidas na literatura como determinantes para o nível de judicialização da saúde, afetam, em termos agregados, a probabilidade de judicialização e, em termos da demanda, a probabilidade do acesso via o canal aos demandantes de baixa renda (justiça gratuita) (WANG; FERRAZ, 2013; LISBOA; SOUZA, 2017).

Na primeira análise nossa variável dependente será a ocorrência de judicialização, por portador de DM, em determinado ano. Essa variável assume valor 1 caso tenha havido, por município, no Estado de São Paulo, um ou mais novos processos por pacientes portadores de DM, e 0 caso contrário. As variáveis explicativas, de outro lado, como serão a seguir apresentadas, referem-se a variáveis de renda, acesso a justiça e acesso a saúde (oferta de serviços e medicamentos). Na segunda análise, por sua vez, nosso principal objetivo é entender as características da judicialização da parcela da população de maior vulnerabilidade. Para tanto, controlando por efeito fixo de ano e município, estimamos como uma região de maior vulnerabilidade, está associada a uma probabilidade mais elevada da requisição ter sido conduzida por um “advogado público”. A variável dependente, nessa segunda análise, é uma *dummy* que assume valor 1 quando o patrono da ação é Defensor Público ou Procurador do MP e 0 quando é um advogado privado. As variáveis explicativas, por outro lado, referem-se a características do demandante (vulnerabilidade, gênero, idade), do pedido (tipo de insulina) e origem da receita médica (hospital público ou UBS - médico do SUS) e controles de ano e município.

### 4.1 Análise 1 - Probabilidade de Judicialização em Municípios do Estado de SP

Formalmente a estimação da primeira análise é dada pela equação 1:

$$Pr(D_{it} = 1|X_{it}) = P(X_{it}) = \alpha_0 + \alpha_1 X_{it} + \epsilon_{it} \quad (1)$$

Sendo:

- $\alpha_0$  constante
- $\alpha_1$  coeficientes associados ao vetor de variáveis  $X_{it}$

- $D_{it}$  é uma variável binária que assume valor 1 se houve demandas judiciais para o acesso a tratamento de saúde por portadores de DM no município  $i$ , no ano  $t$ , e 0, caso contrário.
- $X_{it}$  é uma matriz com as variáveis explicativas contínuas, em termos municipais, anuais, *per capita*, por 10 mil habitantes, incluídas no modelo: PIB, Total de Leitos Hospitalares, Gastos Municipais em Saúde, Agente Comunitário da Saúde (dentro do Programa Saúde da Família), Total de Médicos, Internação por DM e *Proxy* de Acesso a Justiça.<sup>12</sup> E a proporção (em %) da População Coberta pelo SUS.
- $\epsilon_{it}$  é o termo de erro.

Na Tabela 17, apresentamos a correlação e informações gerais sobre as variáveis explicativas consideradas nessa primeira análise, e, como se verifica, não há problemas elevados de multicolinearidade. As variáveis explicativas, com exceção da variável de cobertura da população pelo SUS, calculada como percentual da população do município coberta pela SUS, segundo dados Tabnet-SUS, foram calculadas por 10 mil habitantes. A informação de renda média do município foi obtida por meio do PIB municipal, segundo dados IBGE, e estimado, por 10 mil hab., por meio de dados da população municipal estimada, segundo a mesma fonte. Como discutido, o acesso à justiça é determinante para o grau de judicialização à saúde, e, nesse intuito, na ausência de dados com desagregação municipal para a avaliação dessa variável, construímos, com base em dados da RAIS, por município, por 10 mil hab., duas *proxys*, a primeira do total de Advogados Privados (Direito Cível e Público) e a segunda de Advogados Públicos (Defensores e Promotores Públicos). Ademais, tendo em vista o objetivo do presente estudo, avaliamos um conjunto amplo de variáveis relacionadas à oferta de serviços e medicamentos à saúde, em particular, disponíveis ao acesso de saúde básica, em que estão incluídos os programas relacionados ao tratamento do Diabetes. Com efeito, avaliamos sete diferentes variáveis relacionadas à saúde, em particular, acesso a determinados serviços, programas e infraestrutura (Médicos, Cobertura SUS, Leitos Hospitalares e Agente Comunitário da Saúde), recursos investidos na oferta de serviços e medicamentos (dados Despesa Saúde e Valor Dispendido com o PFP com medicamentos para o tratamento do DM e HA) e a demanda de serviços por portadores de DM (dados de internação).

Tabela 17 – Descrição das Variáveis - Análise 1 (2011 - 2017)

	D. Jud.	PIB	Adv. Priv.	Adv. Púb.	Médicos	% SUS	ACS	Leitos Hosp.	Valor PFP	Desp. Saúde	Int. DM
D. Judicialização	1,00										
PIB pc	0,09	1,00									
Adv. Privado pc	-0,03	0,16	1,00								
Adv. Público pc	-0,01	-0,01	0,03	1,00							
Médicos pc	0,41	0,18	0,06	-0,04	1,00						
% SUS	-0,35	-0,37	-0,10	0,02	-0,44	1,00					
ACS pc	-0,25	-0,13	0,09	0,03	-0,30	0,44	1,00				
Leitos Hosp. pc	0,19	0,03	-0,04	-0,03	0,34	-0,12	-0,12	1,00			
Valor PFP pc	0,02	-0,04	-0,02	0,03	-0,03	0,10	0,18	0,04	1,00		
Desp. Saúde pc	-0,15	0,40	0,32	0,03	-0,09	0,06	0,33	-0,17	0,19	1,00	
Internação DM pc	-0,02	-0,13	-0,05	0,05	-0,06	0,20	0,07	0,20	0,15	-0,07	1,00
<b>Média</b>	<b>0,31</b>	<b>280.742</b>	<b>3,80</b>	<b>0,07</b>	<b>8,4</b>	<b>77,88</b>	<b>13,12</b>	<b>15,23</b>	<b>145.851</b>	<b>7.747</b>	<b>6,49</b>
<b>Desvio Padrão</b>	<b>0,46</b>	<b>256.752</b>	<b>4,21</b>	<b>0,53</b>	<b>10,09</b>	<b>14,36</b>	<b>8,53</b>	<b>25,90</b>	<b>120.279</b>	<b>3.479,76</b>	<b>6,97</b>
<b>Fonte</b>	<b>S-Codes</b>	<b>IBGE</b>	<b>RAIS</b>		<b>SEADE</b>	<b>Tabnet-Datasus</b>			<b>MS - LAI</b>	<b>FINBRA</b>	<b>SIHSUS</b>

## 4.2 Análise 2 - Probabilidade de Judicialização por Patrono Público

Formalmente a estimação da segunda análise é dada pela equação 2:

$$Pr(D_{jt} = 1|K_{jt}) = P(K_{jt}) = \beta_0 + \beta_1 K_{jt} + \epsilon_{jt} \quad (2)$$

<sup>12</sup> Variável construída pelo somatório do total de advogados de direito civil e público, promotores e defensores públicos, por município.



Sendo:

- $\beta_0$  constante
- $\beta_1$  coeficientes associados ao vetor de variáveis  $K_{jt}$
- $D_{jt}$  é uma variável binária que assume valor 1 se o patrono da ação é um Defensor, Procurador ou Promotor Público, e 0, caso seja um Advogado Privado .
- $K_{jt}$  é uma matriz de covariadas, desagregadas por individuo, portador de DM litigante da Base S-Codes: *Dummy* Vulnerabilidade (muito alta rural, alta rural, alta urbana e média), *Dummy* com origem da receita médica sendo um hospital público ou UBS, *Dummy* caso o pedido incluía Insulina Humana (exclusivamente), *Dummy* caso incluía a Insulina Análoga, *Dummy* do Gênero do demandante, e a variável contínua de Idade.
- $\epsilon_{jt}$  é o termo de erro.

Na Tabela 18 descrevemos as variáveis explicativas da segunda análise, que compreendem um conjunto de características observadas em cada demanda judicial. Como se verifica, com exceção de idade, as demais variáveis são *dummies* e estão relacionadas, primeiro, à características do pedido judicial, em particular, se a origem da receita médica é de um hospital público, ou Unidade Básica de Saúde, e, portanto, oriunda de um médico do SUS, se o pedido inclui a requisição de insulina análoga e insulina humana (exclusivamente); e, segundo, a características do demandante quanto ao gênero (1 se feminino) e o CEP da residência do paciente (autor da ação) é caracterizado por região de vulnerabilidade (e se vulnerabilidade é média, alta ou muito alta). Ademais, quanto a matriz de correlação das variáveis, como se verifica, não há problemas elevados de multicolinearidade, exceto no caso da variável DH, resultado esperado posto que se trata de variável construída pela interação das *dummies* de origem da receita de hospital público e da vulnerabilidade do demandante, incluída com o intuito de avaliar se a inclinação pode variar de um grupo para o outro.

Tabela 18 – Descrição das Variáveis - Análise 2

	Adv. Público	Hosp. Público ou UBS	Vulnerável	DH	Ins. Humana	Ins. Análoga	Idade	Feminino
Adv. Público	1.00							
Hosp. Público ou UBS	0.20	1.00						
Vulnerável	0.08	0.15	1.00					
DH	0.11	0.42	0.64	1.00				
Ins. Humana	-0.05	0.10	0.02	0.06	1.00			
Ins. Análoga	0.05	-0.09	-0.03	-0.05	-0.16	1.00		
Idade	0.03	-0.01	-0.02	-0.01	-0.01	-0.17	1.00	
Feminino	0.02	0.02	0.00	0.01	0.00	-0.03	0.04	1.00
Média	<b>0.23</b>	<b>0.29</b>	<b>0.15</b>	<b>0.07</b>	<b>0.03</b>	<b>0.83</b>	<b>43.60</b>	<b>0.57</b>
Desvio Padrão	<b>0.42</b>	<b>0.45</b>	<b>0.36</b>	<b>0.25</b>	<b>0.18</b>	<b>0.38</b>	<b>21.52</b>	<b>0.50</b>

## 5 Resultados

### 5.1 Análise 1

Na Tabela 19, estimamos o efeito marginal médio, permitindo avaliar como a mudança de uma das variáveis explicativas afeta a probabilidade de judicialização no município. Como se verifica, o aumento de 1 unidade no total de médicos, por 10 mil habitantes, aumenta a probabilidade de judicialização em determinado município em 1,25 pontos percentuais. No mesmo sentido, o total de leitos, por 10 mil habitantes, segundo nossas estimativas, aumenta essa probabilidade em 0,05 pontos percentuais, enquanto os gastos com medicamentos no FPF para o tratamento do DM e HA, por 10 mil habitantes, tem um impacto positivo 1,38e-05 pontos percentuais. A taxa de internação por portadores

de DM, por fim, também calculada por 10 mil habitantes, aumenta a probabilidade de judicialização em 0,2 ponto percentuais. Assim, entre as variáveis avaliadas que aumentam a probabilidade de judicialização, percebe-se que, em ponto percentuais, o total de médicos apresenta maior magnitude do coeficiente. Esse resultado é consistente com estudos que revelam que a judicialização por portadores de DM, em São Paulo, são motivadas principalmente pela requisição de medicamentos mais modernos (oriundos de prescrições médicas), influenciados pelo marketing farmacêutico, em particular, as insulinas análogas e as bombas de insulina (CHIEFFI, 2017; VARGAS-PELAEZ et al., 2019).

De outro lado, seguindo ainda as estimativas da Tabela 19, o aumento de uma unidade por 10 mil habitantes, no programa de Agente Comunitário da Saúde, tudo o mais constante, em média, reduz a probabilidade de judicialização, em 0,02 ponto percentuais. O aumento em despesas com saúde por 10 mil habitantes, no mesmo sentido, reduz a probabilidade de judicialização em 2,18e-0 pontos percentuais, enquanto o aumento em 1 ponto percentual da cobertura da população do município atendido pelo SUS tem um impacto médio em reduzir a probabilidade de judicialização em 0,06 pontos percentuais. Em conjunto, esses resultados nos permitem conclusões importantes, primeiro, em relação à significância (no sinal esperado) do impacto, interpretação presente em parte da literatura que avalia o tema, em particular, para outras regiões do Brasil (BIEHL; SOCAL; AMON, 2016; CONTI, 2015). Entretanto, o tamanho ínfimo desses coeficientes corroboram, em nossa avaliação, interpretações de que o fenômeno da judicialização, ao menos para os portadores de DM no Estado de São Paulo, não decorrem de problemas relacionados à oferta nos serviços públicos de saúde (WANG, 2015; SILVA; TERRAZAS, 2011). Por fim, ainda segundo nossas estimativas, o aumento em uma unidade em nossa variável de *proxy* de acesso a justiça por meio de advogados privados por 10 mil habitantes, reduz a probabilidade de judicialização em 0,33 pontos percentuais. Esse resultado, como anteriormente mencionado, é contrário a literatura e, a princípio, poderia decorrer da metodologia para sua definição.

Tabela 19 – Análise 1 - Efeitos Marginais Médios

	(1)	(2)
	Margens	Margens
PIB por 10 mil hab.	3,40e-08 (3,01e-08)	2,23e-08 (3,03e-08)
Adv. Priv. por 10 mil hab.	-0,0045*** (0,002)	-0,0033* (0,002)
Adv. Púb. por 10 mil hab.	0,008 (0,011)	0,009 (0,011)
Médicos por 10 mil hab.	0,013*** (0,0007)	0,0125*** (0,0007)
Cobertura (%) SUS	-0,006*** (0,0005)	-0,006*** (0,0005)
ACS por 10 mil hab.	-0,003*** (0,0009)	-0,002** (0,0009)
Leitos por 10 mil hab.	0,0005** (0,0002)	0,0005* (0,0002)
PFM por 10 mil hab.	2,96e-07*** (5,39e-08)	1,38e-07** (6,03e-08)
Despesa Saúde por 10 mil hab.	-1,54e-05*** (2,59e-06)	-2,18e-05*** (2,76e-06)
Internação DM por 10 mil hab.	0,0009 (0,0009)	0,002* (0,0009)
Observações	4,510	4,510
EF Ano	Não	Sim

## 5.2 Análise 2

Nessa subseção são apresentados os resultados da segunda análise, na qual avaliamos o perfil das demandas judiciais cuja origem são “advogados públicos”, com o objetivo de avaliar as variáveis associadas ao acesso à justiça dos cidadãos de menor renda (justiça gratuita). Como exposto, nessa segunda análise, com base em dados por demanda judicial, consideramos o patrono do pedido como a variável dependente, enquanto as informações do paciente, pedido e origem da receita são variáveis explicativas, sendo, ainda, incluídos controles, de ano e município.

Na Tabela 20, apresentamos a média do efeito marginal das variáveis explicativas, lembrando que nesse caso, em razão das variáveis explicativas serem, em praticamente todos os casos *dummies*, a interpretação dos coeficientes é distinta em relação à realizada na primeira análise. Segundo nossas estimativas, como se nota, a origem da receita médica ser de um hospital público ou UBS, aumenta em 12,5% a probabilidade do patrono da ação ser um advogado público. No mesmo sentido, a vulnerabilidade (média, alta ou muito alta) do demandante contribui em 7% para o aumento dessa probabilidade. Ambos os resultados, ainda que possam ser considerados baixos, nos parecem consistentes com os resultados identificados na literatura (WANG; FERRAZ, 2013; ANDIA; LAMPREA, 2019). Por fim, especificamente quanto ao pedido, a existência de insulina análoga, contribui para o aumento de 4,9% na probabilidade do patrono da ação ser um advogado público, enquanto o gênero feminino do demandante, contribui para o aumento de 1,8% nessa probabilidade.

Tabela 20 – Análise 2 - Efeitos Marginais Médios

	(1)	(2)	(3)
	Margens	Margens	Margens
Hospital Público ou UBS	0,160*** (0,0113)	0,100*** (0,0115)	0,125*** (0,0120)
Vulnerável	0,0513*** (0,0158)	0,0782*** (0,0174)	0,0706*** (0,0167)
DH		-0,0130 (0,0211)	-0,0029 (0,0216)
Insulina Humana	-0,0600** (0,0235)	-0,0476** (0,0200)	-0,0009 (0,0234)
Insulina Análoga	0,0650*** (0,0099)	0,0422*** (0,0097)	0,0490*** (0,0095)
Idade	0,00048** (0,000188)	5,36e-05 (0,000186)	1,61e-05 (0,000184)
Feminino	0,0141* (0,00813)	0,0200** (0,0078)	0,0184** (0,0077)
Observações	9.515	7.607	7.606
EF Ano	Sim	Não	Sim
EF Município	Não	Sim	Sim

## 6 Considerações Finais

O fenômeno da judicialização da saúde e, em particular, a litigância dos portadores de DM no Estado de São Paulo, como apresentado, é caracterizado pela requisição de medicamentos de maior tecnologia (e preço) não incorporados de forma ampla à política pública de saúde, principalmente insulinas análogas. Segundo nossas estimativas, em 2017, no total essas demandas representaram 26% do valor executado com determinações judiciais e a 7,3% do dispêndio com a Assistência Farmacêutica Especializada no Estado. Ademais, a maior parte das demandas avaliadas (14.175 no total) que

estavam ativas (67%), são solicitações por prazo indeterminado (85%) e requisitam, em média, 4,33 itens, entre medicamentos, materiais médico-hospitalares, procedimentos e produtos nutricionais. Na análise da distribuição geográfica dessas demandas verificamos, ainda, que 10 municípios concentram mais de 50% das demandas, sendo cinco deles com mais de 100 requisições por 100 mil habitantes. Por outro lado, 167 municípios não registraram nenhuma demanda judicial por portadores de durante o período avaliado.

A avaliação do perfil desses demandantes, por sua vez, revela uma participação mais expressiva de mulheres (57%) e na idade entre 18 a 55 anos (55%). Especificamente quanto ao grau de vulnerabilidade dos demandantes, elaborada com base em georreferenciamento dos dados de CEP da residência do autor e no índice paulista de vulnerabilidade social (IPVS), apenas 15% são de demandantes de maior vulnerabilidade: média (11%), alta rural (0,02%), alta urbano (2,7%) e muito alta urbano (0,9%). A maior parte dos litigantes, como apresentado, residem em regiões de baixa vulnerabilidade (85%), sendo o local de tratamento um hospital privado (63%) e o patrono um advogado privado (80%).

Elaboramos, ainda, duas análises empíricas com base em modelos de regressão não lineares de escolha dicotômica *Probit*. Os resultados desses modelos revelam, nas probabilidades de maior judicialização por município, haver impacto significativo (mas restrito) das variáveis SUS e positivo (e um pouco mais significativo) do total de médicos *per capita*. De outro lado, o acesso à justiça por via gratuita (patrono público) representa cerca de 20% das ações e é positivamente associado a demandantes de maior vulnerabilidade e local de tratamento originário de hospital público ou UBS (receita médica SUS).

## Referências

ANDIA, T. S.; LAMPREA, E. Is the judicialization of health care bad for equity? a scoping review. *International journal for equity in health*, BioMed Central, v. 18, n. 1, p. 61, 2019. Citado na página 17.

ATELLA, V. et al. Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of italian patients. *Health economics*, Wiley Online Library, v. 15, n. 9, p. 875–892, 2006. Citado na página 2.

AZEVEDO, P. et al. *Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. 2015. 66 p. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019. Citado 2 vezes nas páginas 5 e 10.

BERAN, D.; EWEN, M.; LAING, R. Constraints and challenges in access to insulin: a global perspective. *The lancet Diabetes & endocrinology*, Elsevier, v. 4, n. 3, p. 275–285, 2016. Citado na página 3.

BERAN, D. et al. A perspective on global access to insulin: a descriptive study of the market, trade flows and prices. *Diabetic Medicine*, Wiley Online Library, 2019. Citado na página 3.

BIEHL, J.; SOCAL, M. P.; AMON, J. J. The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern brazil. *Health and human rights*, Health and human rights, v. 18, n. 1, p. 209, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 2 e 16.

BRASIL. *Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011. Regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas*. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2017. Citado na página 3.

BRASIL. *Decreto nº 62.681, de 7 de julho de 2017: Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, o Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde – GCODES/SUS e dá providências correlatas*. [S.l.]: Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP, 2017. Citado na página 3.

BRASIL. *Lista de Medicamentos Disponibilizados pelo "Aqui Tem Farmácia Popular"*. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/17/Lista-de-Medicamentos.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2020. Citado na página 3.

CENSO, I. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Fornecido em meio eletrônico:[www. ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/] Acessado em, v. 20, n. 03, p. 2012, 2010*. Citado na página 7.

CHIEFFI, A. L. *Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica*. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, 2017. Citado 3 vezes nas páginas 3, 5 e 16.

CODES. *Judicialização do SUS nos municípios: Caminhos para responder às situações mais frequentes*. 2018. Citado na página 2.

CONITEC. *Insulinas análogas de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I*. Ministério da Saúde, 2019. 97 p. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio\\_Insulinas\\_Analogas\\_DM1.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Insulinas_Analogas_DM1.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2019. Citado na página 3.

CONITEC. *Recomendação sobre as tecnologias avaliadas - 2012 a 2019*. 2019. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>>. Acesso em: 20 ago. 2019. Citado na página 3.

CONTI, M. d. A. *Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no distrito federal*. 2015. Citado na página 16.

DITTRICH, R. et al. The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage? *Health Systems & Reform*, Taylor & Francis, v. 2, n. 1, p. 23–31, 2016. Citado na página 2.

ESTADUAL, G. *Metodologia do IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - Versão 2010*. 2010. Disponível em: <<http://ipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/metodologia.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019. Citado na página 7.

ESTADUAL, G. *Principais Resultados do IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - Versão 2010*. 2010. Disponível em: <[http://ipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais\\_resultados.pdf](http://ipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2019. Citado na página 8.

ESTADUAL, G. *Informações da execução orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta do Estado*. 2019. Disponível em: <<https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/Paginas/FlexConsDespesa.aspx>>. Acesso em: 10 jul. 2019. Citado na página 2.

FILHO, M. N.; CHIEFFI, A. L.; CORREA, M. C. M. S-codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da secretaria de estado da saúde de são paulo. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, v. 7, n. 84, p. 18–30, 2010. Citado na página 5.

LAMPREA, E. The judicialization of health care: A global south perspective. *Annual Review of Law and Social Science*, Annual Reviews, v. 13, p. 431–449, 2017. Citado na página 2.

- LARANJEIRA, F. O.; SILVA, E. N. da; PEREIRA, M. G. Budget impact of long-acting insulin analogues: the case in brazil. *PloS one*, Public Library of Science, v. 11, n. 12, p. e0167039, 2016. Citado na página 10.
- LEÃO, M. F. de M. et al. Cytotoxic and genotoxic effects of antihypertensives distributed in brazil by social programs: Are they safe? *Environmental toxicology and pharmacology*, Elsevier, v. 63, p. 1–5, 2018. Citado na página 4.
- LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. d. Por que as pessoas recorrem ao judiciário para obter o acesso aos medicamentos? o caso das insulinas análogas na bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, SciELO Public Health, v. 22, p. 1857–1864, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 8 e 13.
- Ministério da Saúde., B. Cadernos de atenção básica, n. 16. *Série A*, 2006. Citado na página 6.
- MS, B. *Crianças com diabetes vão receber o medicamento mais moderno para a doença*. 2017. 13 p. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2017/outubro/16/Tratamento-Criancas-com-Diabetes.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018. Citado na página 3.
- NAT-JUS. *Nota Técnica n.269 - Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário - Processo 000178319.2019.8.06.0034*. 2019. Disponível em: <<https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2019/07/insulina-glarginalantus-e-insumos-para-paciente-portador-de-diabetes-mellitus.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019. Citado na página 10.
- NWANKWO, M.; OKAMKPA, J. C.; DANBORNO, B. Association between high blood pressure with risk of type 2 diabetes, metabolic syndrome and its predictors: A cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, Elsevier, 2018. Citado na página 2.
- OCDE. *Relatórios Econômicos OCDE, Brasil*. 2018. Disponível em: <<https://www.oecd.org/eco/surveys/Brazil-2018-OECD-economic-survey-overview-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019. Citado na página 7.
- SANTOS, E. C. B. d. et al. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, SciELO Brasil, v. 27, n. 1, 2018. Citado na página 2.
- SBD. *Diretrizes: Aplicação de insulina: dispositivos e técnica de aplicação 2014-2015*. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-1/002-Diretrizes-SBD-Aplicacao-Insulina-pg219.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020. Citado na página 8.
- SEADE. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*. Governo do Estado - SP, 2010. Disponível em: <<http://catalogo.governoaberto.sp.gov.br/dataset/21-ipvs-indice-paulista-de-vulnerabilidade-social>>. Acesso em: 15 out. 2019. Citado na página 7.
- SILVA, V. A. D.; TERRAZAS, F. V. Claiming the right to health in brazilian courts: The exclusion of the already excluded? *Law & Social Inquiry*, Cambridge University Press, v. 36, n. 4, p. 825–853, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 7 e 16.
- SOPPI, A. et al. Growth of diabetes drug expenditure decomposed—a nationwide analysis. *Health Policy*, Elsevier, v. 122, n. 12, p. 1326–1332, 2018. Citado 2 vezes nas páginas 3 e 10.
- TCU. *Auditoria Operacional - perfil, volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde*. 2015. 66 p. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=575330>>. Acesso em: 20 jun. 2019. Citado na página 2.

- VARGAS-PELAEZ, C. M. et al. Judicialization of access to medicines in four latin american countries: a comparative qualitative analysis. *International journal for equity in health*, Springer, v. 18, n. 1, p. 68, 2019. Citado na página 16.
- VIEIRA, F. S. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. *Econstor*, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018. Citado na página 2.
- VIGITEL. *Vigitel Brasil 2018 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. [S.l.]: MS Brasília (DF), 2018. Citado 2 vezes nas páginas 5 e 6.
- WANG, D. et al. Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo sistema público de saúde: direitos, ciência e políticas públicas. *FGV Direito SP [online]*, Escola de Direito de São Paulo, São Paulo, Casoteca–produção de casos, 2011. Citado na página 2.
- WANG, D. W. L. Right to health litigation in brazil: The problem and the institutional responses. *Human Rights Law Review*, Oxford University Press, v. 15, n. 4, p. 617–641, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 2 e 16.
- WANG, D. W. L.; FERRAZ, O. L. M. Atendendo os mais necessitados? acesso à justiça e o papel dos defensores e promotores públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de são paulo. *Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 10, n. 18, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 7, 11, 13 e 17.
- XAVIER, C.-A. *Judicialização da Saude no Brasil: Principais Projetos Desenvolvidos pela Coordenação de Assuntos Judiciais*. [S.l.]: CONJUR/MS Brasília (DF), 2017. Citado na página 2.