UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

RAFAELLA TONANI TORRIERI

O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão
Preto/SP

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ALBERTO GRESPAN BONACIM

Ribeirão Preto

2017

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profª. Dra. Máisa de Souza Ribeiro
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Controladoria e Contabilidade

Prof. Dr. Fabiano Guasti Lima
Chefe do Departamento de Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

RAFAELLA TONANI TORRIERI

O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão Preto/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS
ALBERTO GRESPAN BONACIM

Ribeirão Preto

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

TONANI-TORRIERI, Rafaella.

O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2017.

131 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Controladoria.

1. Judicialização de saúde. 2. Custos de transação. 3. Direito à saúde. 4. Assistência farmacêutica. 5. Sistema Único de Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: TONANI-TORRIERI, Rafaella.

Título: O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão Preto/SP.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr^a. André Lucirton Costa

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^o Dr^o Maria Elisabeth Moreira Carvalho
Andrade

Instituição: Universidade Federal de
Uberlândia

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof^a Dr^a Mariana Guerra

Instituição: Universidade de Brasília

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho a Deus, ao meu marido Fernando e aos meus pais Silvio e Marta.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, aquele que fez por mim infinitamente mais do que eu sonhava, cujas bênçãos me guiaram e deram forças para estar aqui hoje.

Ao meu marido, Fernando, que sempre me apoiou e acreditou em mim. Àquele que compreendeu minha ausência tantas vezes e que tanto me ajudou nessa conquista.

Aos meus pais, Silvio e Marta, que tanto se esforçaram e se privaram de tantas coisas para me dar educação, para que eu chegasse aonde não puderam chegar. Como vocês sempre disseram, vocês me deram o bem mais precioso que ninguém pode nos tirar: a educação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, que mesmo sem me conhecer, depositou parte de seu importante trabalho em minhas mãos e que generosamente me abriu as portas a esta oportunidade, orientando-me e ajudando na construção deste trabalho.

Às minhas irmãs, Marcela e Monique, que nos momentos difíceis me ajudaram e aconselharam sabiamente com suas experiências em pós-graduação.

A toda minha família, em especial à minha querida avó Nilda e minha tia Marcia, que oraram por mim e entenderam tantas vezes minha ausência nos almoços de sábado, para que eu pudesse estudar.

À querida Profa. Fernanda, que tão generosamente se dispôs a me ajudar nessa etapa e que tanto me ensinou, minha profunda gratidão.

À querida amiga Marta, que tantas vezes pacientemente leu e releu este trabalho e me apoiou com seus sábios conselhos.

Aos colegas de pesquisa, Laís e Guilherme, que me ajudaram na montagem do banco de dados desta pesquisa, cuja colaboração foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação que compartilharam seus conhecimentos e se mostraram pacientes nesse momento de aprendizado.

Ao programa de Pós-graduação em Contabilidade e Controladoria da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto pela valiosa oportunidade

que me deram. Em especial, aos professores, que dispuseram de seu tempo para compartilharem tanto conhecimento e aos funcionários, que sempre gentilmente me atenderam e ajudaram, agradeço pela solicitude.

“Ora, àquele que é poderoso de realizar infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou imaginamos, de acordo com o seu poder que age em nós” (Efésios 3:20).

RESUMO

TONANI-TORRIERI, R. **O fenômeno da judicialização de medicamentos na divisão regional de saúde de Ribeirão Preto/SP**. 2017. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O crescente número de ações judiciais propostas para garantir o fornecimento de medicamentos tem sido motivo de preocupação, pelo seu aspecto emergencial, onerando e dificultando ações de planejamento e de controle por parte dos gestores públicos. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os processos de judicialização de medicamentos na Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto/SP, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015. Esses processos foram classificados segundo o tipo de medicamento solicitado, ou seja, se pertenciam ou não à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (“RENAME” ou “não RENAME”). Foram identificados ainda o tempo de tramitação desses processos (t), seus custos processuais (CP) e custo total dos medicamentos demandados (CM), como possíveis custos de transação. Esses custos foram comparados estatisticamente (variáveis dependentes - “t”; “CP”; “CM”) em cada classe de processo (grupos – “ação civil pública”; “rito ordinário”; “rito sumaríssimo”), entre o tipo de medicamento solicitado (“RENAME” ou “não RENAME” – variáveis independentes). Este estudo tem caráter descritivo com abordagem quantitativa, por meio de análise descritiva e do teste estatístico de Mann-Whitney. A estratégia de pesquisa foi a análise documental. Os principais resultados indicaram que das 14955 solicitações recebidas, 43,44% consistiam em demandas por medicamentos, das quais 1463 eram ações civis públicas (22,5%); 2056 ritos ordinários (31,6%); 2968 ritos sumaríssimos (45,7%); 3 medidas cautelares (0,05%) e 7 mandados de segurança (0,1%). A maioria (57%) não solicitou a antecipação de tutela e foi recebida por Ribeirão Preto/SP (31%). Foram solicitados 410 diferentes medicamentos, sendo a insulina o mais recorrente e 85% não pertenciam à lista RENAME. O “tempo de tramitação” (t) e “custos relacionados ao processo” (CP) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as demandas por medicamentos “RENAME” ou “não RENAME”. Já o “custo dos medicamentos solicitados em cada processo” (CM), nas ações civis públicas e nos ritos sumaríssimos mostrou diferença estatisticamente significativa e em ambos os grupos, os custos de medicamentos não incluídos na lista RENAME foram maiores. Apenas os ritos ordinários não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos “RENAME” ou “não RENAME”.

Palavras-chave: Judicialização de saúde. Custos de transação. Direito à saúde. Assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

TONANI TORRIERI, R. **The phenomenon of the legalization of medicines in Ribeirão Preto's regional health division.** 2017. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The increasing number of lawsuits that have been proposed to guarantee the supply of medicines has been a cause of concern, due to its emergence, burdening and hindering planning and control actions by public managers. Thus, this study had as objective to analyze the processes of judicialization of medicines in the Regional Health Division of Ribeirão Preto/SP, from January 2013 to July 2015. These processes were classified according to the type of medication requested. Specifically, if they belonged or not to the National List of Essential Medicines - RENAME ("RENAME" or "no RENAME"). The processing time (t), process costs (CP) and total cost of drugs demanded (CM) were identified as well, as possible transaction costs. These costs (dependent variables - "t", "CP", "CM") were statistically compared in each class of process (groups – “public civil actions”, “ordinary rite”, “summary rite”, ("RENAME" or "not RENAME" - independent variables). This study has a descriptive character with a quantitative approach, through descriptive analysis and the Mann-Whitney statistical test. The research strategy was documentary analysis. The main results indicated that of the 14955 applications received, 43,44% consisted of medicines claims, of which 1463 were public civil actions (22,5%); 2056 ordinary rites (31,6%); 2968 summary rites (45,7%); 3 precautionary measures (0,05%) and 7 arrest warrants (0,1%). The majority (57%) did not request the anticipation of guardianship and was received by Ribeirão Preto/SP (31%). 410 different medications were requested, with insulin being the most recurrent and 85% not belonging to the RENAME list. The "processing time" (t) and "costs related to the process" (CP) did not present a statistically significant difference between the demands for "RENAME" or "no RENAME" drugs. The "cost of medicines requested in each case" (CM), public civil actions and summary rites showed a statistically significant difference, and in both groups, the costs of medicines not included in the RENAME list were higher. Only the ordinary rites did not present a statistically significant difference between the "RENAME" or "non-RENAME" groups.

Keywords: Judicialization of health. Transaction costs. Right to health. Pharmaceutical Services. Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação dos grupos	48
Tabela 2	Principais medicamentos solicitados	61

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema resumo da análise inicial dos dados	49
Figura 2	Esquema resumo da análise estatística dos dados	50
Gráfico 1	Composição percentual da população de medicamentos segundo a classe do processo	56
Gráfico 2	Composição percentual da amostra segundo a classificação do processo em “RENAME” ou “não RENAME” por classe de processo	58
Gráfico 3	Distribuição do percentual de processos entre as localidades	59
Gráfico 4	Percentual de processos com ou sem antecipação de tutela por classe de processos	63
Gráfico 5	Distribuição dos dados analisados na primeira hipótese	66
Gráfico 6	Distribuição dos dados analisados na segunda hipótese	68
Gráfico 7	Distribuição dos dados analisados na terceira hipótese	70
Gráfico 8	Distribuição dos dados analisados na quarta hipótese	75
Gráfico 9	Distribuição dos dados analisados na quinta hipótese	77
Gráfico 10	Distribuição dos dados analisados na sexta hipótese	79
Gráfico 11	Distribuição dos dados analisados na sétima hipótese	83
Gráfico 12	Distribuição dos dados analisados na oitava hipótese	85
Gráfico 13	Distribuição dos dados analisados na nona hipótese	78
Quadro 1	Estrutura do trabalho	23
Quadro 2	Resumo análise geral	65
Quadro 3	Resumo da análise estatística dos dados testados na primeira hipótese	67
Quadro 4	Resumo da análise estatística dos dados testados na segunda hipótese	69
Quadro 5	Resumo da análise estatística dos dados testados na terceira hipótese	71
Quadro 6	Resumo da análise estatística dos dados testados na quarta hipótese	76
Quadro 7	Resumo da análise estatística dos dados testados na quinta hipótese	78
Quadro 8	Resumo da análise estatística dos dados testados na sexta hipótese	80
Quadro 9	Resumo da análise estatística dos dados testados na sétima hipótese	84
Quadro 10	Resumo da análise estatística dos dados testados na oitava hipótese	86
Quadro 11	Resumo da análise estatística dos dados testados na nona hipótese	88
Quadro 12	Resumo dos resultados da análise estatística da variável tempo de tramitação do processo (t)	92
Quadro 13	Resumo dos resultados da análise estatística da variável custos relacionados ao processo (CP)	93
Quadro 14	Resumo dos resultados da análise estatística da variável custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	94

LISTA DE SIGLAS

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Especiais
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
DRS	Divisão Regional de Saúde
TJ-SP	Tribunal de Justiça de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
S-CODES	Sistema de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Contextualização.....	17
1.2. Problema de pesquisa.....	19
1.3. Objetivos	19
1.4. Justificativa	20
1.5. Contribuições e delimitações do estudo.....	21
1.6. Estrutura do trabalho.....	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1. A saúde no Brasil.....	24
2.2. O fenômeno da judicialização da saúde	27
2.3. A judicialização do direito à saúde e seu impacto orçamentário	30
2.4. A relação de agência e o fenômeno da judicialização da saúde.....	31
2.5. Teoria dos custos de transação e judicialização da saúde	34
2.6. Trabalhos anteriores	37
3. METODOLOGIA	45
3.1. Classificação da pesquisa.....	45
3.2. Construção do banco de dados.....	46
3.3. Procedimentos para análise dos dados	49
3.4. Hipóteses testadas	51
4. RESULTADOS.....	55
4.1. Análise geral	55
4.1.1. Locais de distribuição dos processos	59
4.1.2. Medicamentos solicitados	60
4.1.3. Tutela antecipada.....	62
4.2. Análise estatística	66
4.2.1. Variável analisada: tempo de tramitação do processo (t).....	66
4.2.2. Variável analisada: custos relacionados ao processo (CP).....	75
2.2.1. Variável analisada: custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	83
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95

REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	105

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

No Brasil, com a homologação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi definida como um direito universal a ser garantido pelo Estado, que levou à reforma do sistema de saúde pública brasileiro, com a Lei 8.080/1990 que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, o controle social, a igualdade e a descentralização político-administrativa (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

Valendo-se desses princípios de atenção à saúde, em todo o Brasil, pacientes estão recorrendo aos tribunais para acessar medicamentos prescritos. O Brasil é um de pelo menos 115 países que reconhecem um direito constitucional à saúde. Parte importante deste direito é o acesso a medicamentos (BIEHL et al., 2009).

Vários estudos e dados divulgados periodicamente na imprensa pelas autoridades de saúde sugerem que o fenômeno é generalizado, está crescendo exponencialmente e provavelmente alcançará (ou já alcançou) níveis significativos em termos de volume e custos (FERRAZ, 2009). Esses números mostram que os tribunais brasileiros têm interferido na política de saúde pública através de ações de direito à saúde, emitindo ordens diárias que obrigam o Estado a fornecer medicamentos e outros tratamentos de saúde a milhares de pacientes, levando a mudanças nos orçamentos e os planos de política de saúde, a fim de cobrir as novas despesas criadas por ordens judiciais (FERRAZ, 2009).

Devido à quantidade de demandas nas quais os entes federativos são condenados, evidencia-se esta possível interferência no planejamento orçamentário, o que leva a muitos autores divergirem sobre a sustentabilidade desta atuação do poder judiciário (LEITÃO; LELIS, 2016). Análises econômicas revelam ainda que a compra de medicamentos por ação judicial pode gerar mais gastos quando comparada com compras programadas por outros programas de acesso ao medicamento do SUS, uma

vez que os valores estão acima do preço máximo estipulado para o varejo farmacêutico (PICOLINI et al., 2016).

Diante disso, observa-se um gasto executado oriundo da judicialização, sob a perspectiva teórica dos custos de transação como os custos incrementais de compras não eficientes¹, em razão de compras “às pressas”, no momento em que há a exigência do judiciário, custos de aquisição oriundos de compra de quantidades e lotes menores e separados de medicamentos e insumos, e também custos do próprio fenômeno com custos médicos, processuais e de perícia.

Os custos de transação são associados à incapacidade humana de prever tudo o que pode ocorrer durante o prazo em que dura um contrato, bem como a existência do oportunismo, comportamento interesseiro e racionalidade limitada (WILLIAMSON, 1975). A teoria dos custos de transação está intimamente ligada à relação contratual entre os agentes, uma vez que estas relações são firmadas a fim de se reduzir as incertezas futuras, por meio da tentativa de se prever todas as variáveis que podem influenciar futuros resultados para uma empresa (WILLIAMSON, 1975).

Ao analisar um contrato sob a perspectiva de agência, no qual um ou mais indivíduos (o(s) principal(is)) designa um outro (agente) para executar em seu nome um serviço e isso implique a delegação de algum poder de decisão ao agente. Caso ambos busquem a maximização de sua utilidade, acredita-se que o agente nem sempre agirá conforme os interesses do principal (JENSEN; MECKLING, 1976). Aplicando essa relação de agência ao setor público, é possível entender como principal o cidadão, contribuinte ou o eleitor que por meio do voto nomeia um agente (governante) para gerir o serviço público, que é financiado pelo principal por meio do pagamento dos impostos (VIANA, 2010).

Buscando evitar os problemas de divergência de interesses decorrentes desse conflito, são realizados contratos (SATO, 2007). No fenômeno da judicialização da saúde é possível analisar o contrato observado como aquele implícito pela carta constitucional que faz a relação entre o cidadão e o direito à saúde. Por meio do artigo

¹ O termo “eficiência”, neste caso, foi utilizado segundo a definição apontada por Torres (2004, p. 175) que se refere à “preocupação com os mecanismos utilizados para obtenção do êxito da ação estatal, ou seja, é preciso buscar os meios mais econômicos e viáveis, utilizando a racionalidade econômica que busca maximizar os resultados e minimizar os custos, ou seja, fazer o melhor com menores custos, gastando com inteligência os recursos pagos pelo contribuinte”.

196 da Constituição Federal, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. O crescente número de ações enseja a necessidade de investigar o fenômeno, iniciando-se pela sua descrição e análise (BRASIL, 1988).

1.2. Problema de pesquisa

Tendo em vista toda a discussão suscitada anteriormente, tornou-se possível inferir a relevância do tema por tratar de um aspecto de ordem pública, com impacto social e orçamentário, cujo volume vem se acentuando no decorrer do tempo.

O aumento do número de ações judiciais e o fato de que as decisões são predominantemente favoráveis aos autores acaba gerando problemas para o sistema de saúde como um todo, já que algumas decisões acabam comprometendo gravemente o orçamento destinado à saúde em razão do elevado preço dos medicamentos pleiteados que, em muitos casos, não se encontram na RENAME (BORGES; UGÁ, 2010).

Entretanto, apesar da importância desta temática, não há estimativa quanto aos gastos despendidos para o atendimento dessas ações judiciais e, até o momento, não foram encontrados trabalhos, sob tal ótica estudando especificamente a região de Ribeirão Preto/SP. Portanto, pouco se sabe sobre a região abrangida. Além disso, estudos pontuais encontrados podem não ser passíveis de generalização, ensejando a necessidade de se analisar especificamente esta região.

1.3. Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar os custos dos processos de judicialização de medicamentos na Divisão Regional de Saúde – DRS de Ribeirão Preto/SP, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015.

A fim de alcançar o objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- i. Levantar as características gerais destes processos (demandas por medicamentos, classes dos processos, demandas incluídas ou não na lista RENAME, localidade, medicamentos solicitados e antecipação de tutela).
- ii. Classificar estes processos segundo o tipo de medicamento solicitado (RENAME ou não RENAME).
- iii. Identificar o tempo de tramitação destes processos (t), os custos processuais (CP) e custo total dos medicamentos demandados (CM), como possíveis custos de transação.
- iv. Em cada classe de processo (grupos – “ação civil pública”; “rito ordinário”; “rito sumaríssimo”), comparar estatisticamente os custos anteriores (variáveis dependentes - “t”; “CP”; “CM”) entre o tipo de medicamento solicitado (“RENAME” ou “não RENAME” – variáveis independentes).

1.4. Justificativa

Quando há a intervenção do poder judiciário no orçamento elaborado pelo poder executivo, observa-se uma interferência de um agente (poder judiciário) afetando a ação de outro agente (poder executivo). Trata-se de uma relação de agência, constituída por múltiplos agentes e múltiplos principais, com interesses divergentes, onde a ação judicial impetrada pelo cidadão contra o Estado representa uma tentativa de quebra contratual do orçamento determinado por um dos agentes (poder executivo) e o que é solicitado por um dos principais (um cidadão solicitando tratamento não disponibilizado pelo Estado). Ao passo que, quando um dos agentes (poder judiciário) concede ganho de causa a um dos principais (o cidadão que impetrou a ação judicial), o agente do poder judiciário afeta diretamente o agente do poder executivo, que se vê obrigado a quebrar o contrato (orçamento) e acatar a decisão deste outro agente (poder judiciário).

Como é possível observar, a judicialização da saúde quando analisada pela perspectiva da teoria de agência, assume complexidade e inúmeras vertentes a serem estudadas. Sobretudo, trata-se de um tema com relevância de ordem pública, com

impacto social e orçamentário. Especificamente no Estado de São Paulo o volume dessas demandas vem se acentuando (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Dado o orçamento como um contrato de ordem financeira, a análise desse fenômeno e suas interações entre agentes e principais, tratados em uma relação de agência ainda não foi observada em outros trabalhos, mostrando-se uma lacuna a ser oportunamente estudada. Corroborando os apontamentos de Cubillos et al. (2012), a informação disponível sobre o número, natureza e custos de casos ainda permanece incompleta, o que limita uma análise abrangente do fenômeno.

Pepe et al. (2010a) enfatizam ainda a importância de se conhecer a demanda individual e local por medicamentos, bem como os aspectos do rito processual deste tipo de acesso “alternativo” ao cidadão, uma vez que podem auxiliar os gestores das áreas da saúde e da justiça na definição de estratégias que melhorem o acesso da população aos medicamentos.

Ademais, até o momento, foi encontrado apenas um trabalho estudando o processo de decisão e os procedimentos administrativos do direito à saúde apenas o município de Ribeirão Preto/SP (RODRIGUEZ, 2014) e não a região por ele abrangida. Além disso, Filho, Chieffi e Correa (2010) observaram que a DRS de Ribeirão Preto/SP figura entre as que mais recebem ações judiciais do estado de São Paulo, supera a média estadual do Índice Paulista de Judicialização da Saúde.

Além disso, a DRS de Ribeirão Preto, é a quarta maior unidade de distribuição das ações judiciais segundo local de dispensação (unidade dispensadora) do Estado de São Paulo (FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010). Demonstrando-se assim, a expressividade da região a ser estudada que permanece ainda pouco explorada quanto às características das demandas por medicamentos e seus custos.

1.5. Contribuições e delimitações do estudo

Este estudo colabora com as pesquisas relacionadas à judicialização da saúde, uma vez que este fenômeno judicial na saúde é complexo e composto por diversos atores: indivíduo demandante, médicos, advogados, juízes, laboratórios e hospitais.

Contudo, nesta pesquisa, optou-se por observar inicialmente as características dos processos de judicialização.

Em razão do grande volume de demandas, para este estudo inicial determinou-se por atentar-se apenas às demandas por medicamentos. Corroborando os apontamentos de Ventura et al. (2010) que, baseando-se em trabalhos empíricos, mostram os medicamentos como a demanda judicial brasileira mais recorrente no âmbito da saúde.

Outra limitação a ser apontada, consiste na busca do possível custo de transação decorrente do tempo de tramitação desses processos, o qual foi quantificado apenas em dias. Portanto, neste trabalho, apenas o tempo despendido foi analisado, ou seja, a mensuração dos gastos associados a esse tempo permanece indeterminada, possibilitando espaço para estudos futuros.

Além disso, o presente trabalho busca estudar especificamente a região abrangida pela DRS de Ribeirão Preto/SP, cujas características podem não ser passíveis de generalizações.

1.6.Estrutura do trabalho

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, o quadro 1 apresenta um resumo do conteúdo abordado em cada seção:

Quadro 1- Estrutura do Trabalho

Capítulo 1: Introdução

- Este capítulo contextualizou a questão de pesquisa, seu objetivo, etapas, hipóteses, justificativa, contribuições e delimitações.

Capítulo 2: Revisão de literatura

- Apresenta o arcabouço teórico no qual este estudo se apoiou, abordando os seguintes assuntos: a saúde no Brasil; o fenômeno da judicialização da saúde; a judicialização do direito à saúde e seu impacto orçamentário; a relação de agência e o fenômeno da judicialização da saúde; teoria dos custos de transação e a judicialização da saúde.

Capítulo 3: Metodologia

- Nesta seção são apresentados todos os aspectos metodológicos adotados: classificação da pesquisa; construção do banco de dados; procedimentos para análise dos dados.

Capítulo 4: Resultados

- O capítulo apresenta os resultados obtidos e a análise dos dados levantados no trabalho.

Capítulo 5: Considerações Finais

- Este capítulo aponta as principais contribuições obtidas, as limitações da pesquisa e possíveis sugestões para trabalhos futuros.

Fonte: Elaborado pela autora

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção são apresentados os principais estudos e conceitos que fundamentam este trabalho e proporcionam o desenvolvimento conceitual do mesmo. Apresenta-se uma breve introdução sobre como a saúde tem sido tratada no Brasil chegando ao cenário atual, no qual os cidadãos os pacientes buscam nos tribunais, por meio de mandados judiciais, a realização de seu direito à saúde e o acesso a seu tratamento, compondo o fenômeno da judicialização do direito à saúde. Discorre-se então sobre este fenômeno e seus impactos no orçamento público, buscando-se, posteriormente, analisá-lo numa relação de agência que pode estar gerando custos de transação.

2.1. A saúde no Brasil

Em 1946, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na mera ausência de doença ou de enfermidade, colocando o melhor estado de saúde possível um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, orientação política, condição econômica ou social. Afirmam ainda que, os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos e incumbem aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos, pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais apropriadas (OMS/WHO, 1946).

Um sistema de saúde pode ser conceituado como um conjunto de relações em que os componentes estruturais (meios) e suas interações estão associados e ligados aos objetivos do sistema deseja alcançar (fins). Assim como outros sistemas socioeconômicos, os sistemas de saúde evoluíram conforme contextos históricos, culturais e políticos. No entanto, cada sistema é estruturado pelas ações ou ausência de ações estatais visando determinados fins sociais. O sistema existe e evolui para servir as

necessidades da sociedade, constituindo-se em um meio para uma finalidade (HSIAO, 2003).

No Brasil, o processo histórico da organização da saúde teve início com a presença das Santas Casas de Misericórdia durante o período colonial, apresentando uma organização sanitária incipiente. Durante o Império, a administração foi centrada nos municípios e foram criadas instituições de controle sanitário. Na República Velha houve o início da assistência à saúde pela previdência social, seguido da ampliação da previdência social à maior parte dos trabalhadores durante a Ditadura Vargas. O Ministério da Saúde foi criado em 1953, durante período em que houve a expansão da assistência hospitalar e o surgimento de empresas de saúde. Na fase ditatorial militar o Instituto de Aposentadoria e Pensões foi unificado ao Instituto Nacional de Previdência Social, culminando em crise no sistema de saúde e na previdência social. Com a volta da democracia, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema de saúde foi descentralizado (PAIM et al., 2011).

A criação do SUS em 1988, integrando o texto da então nova Constituição, representou uma das mais importantes conquistas sociais dos trabalhadores ao criar formalmente um sistema público universal. Já que antes a saúde pública era voltada aos trabalhadores do mercado formal de trabalho e financiada com recursos de contribuições calculadas sobre os salários. Assim feito, o país passou a ser o único do gênero na América Latina e aproximou-se da experiência de países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália (MARQUES; MENDES, 2012).

Tornar a saúde um direito universal trouxe avanços e novos desafios para sua implementação e efetivação na medida em que a saúde como direito de todos abrangeu mais de 180 milhões de brasileiros. Tal fato implicou em desafios e questões sobre como tornar este direito alcançável e exercível por todos ou, mais propriamente, como constituir um arranjo de recursos e investimentos que torne as ações em saúde uma prerrogativa efetiva de todos. Assim, para lidar com esses novos desafios, foi promulgada a Lei nº 8.080/90, que institui as regras e princípios que regem o SUS (ASENSI, 2010).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, iniciou-se um novo período no sistema de saúde pública brasileiro, por meio da criação de um sistema de saúde

dinâmico e complexo – o SUS, baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (ALBERTO, 2012). O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo e sua função consiste em realizar ações de promoção e vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de garantir a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro consiste em uma combinação público-privada, por meio de uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si. O sistema de saúde possui três subsetores: o público, cujos serviços são financiados e providos pelo Estado em nível federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o privado (com fins lucrativos ou não), em que os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e o de saúde suplementar, com diversos tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (PAIM et al., 2011).

No entanto, apesar dos avanços obtidos no setor da saúde proporcionados pela criação do SUS, surgiram problemas relacionados à incapacidade de suprir uma demanda crescente, além de grandes restrições orçamentárias, que culminaram em dois desafios principais e interconectados - a universalidade e o financiamento (ALBERTO, 2012). O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde, possuindo como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal, sendo as demais fontes de financiamento privadas gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores (PAIM et al., 2011).

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Esta lei, determina que municípios e Distrito Federal devem aplicar todo ano, ao menos, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. Para a União, o montante aplicado deve ser o valor empenhado no exercício financeiro

anterior, somado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (DAIN, 2016).

No entanto, o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público, apesar de a despesa federal com saúde ter aumentado desde 2003 em termos nominais, quando ajustada pela inflação observa-se uma redução líquida em seu valor (PAIM et al., 2011). Com relação ao valor destinado ao SUS pelos três entes federados (União, Estados e Municípios) após a Lei 8080/90, o referido montante não ultrapassa o limite de 3,7% do PIB, o gasto total da saúde, pública e privada, gira em torno de 8% do PIB, sendo que a participação pública é de apenas 42%, sendo estes valores corrigidos pelo índice IGP-DI (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012).

Assim, o SUS dispõe atualmente de menor volume de recursos públicos para atender às necessidades de saúde da população comparativamente àquilo que foi previsto quando da criação do sistema, cujo objetivo consistia em tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos (PAIM et al., 2011).

2.2. O fenômeno da judicialização da saúde

O fenômeno em que os pacientes buscam nos tribunais, por meio de mandados judiciais, a realização de seu direito à saúde e o acesso a seu tratamento, tem sido chamado de "judicialização do direito à saúde" (CUBILLOS et al., 2012). Isto é explicado pelo fato de que os tribunais consideram ineficiências administrativas e processos de priorização de serviços de saúde que não conseguem proteger o acesso de um indivíduo, como uma violação dos deveres do governo em relação a este direito. Como resultado, os tribunais se tornaram os superintendentes e garantidores de políticas que afetam o direito à saúde e, em algumas situações, as decisões judiciais têm obrigado o poder executivo a redefinir suas políticas (CUBILLOS et al., 2012).

Neste contexto, quando os pacientes sentem que suas demandas de saúde não estão sendo supridas pelo sistema de saúde, cada vez mais frequentemente, recorrerem

aos tribunais para obter acesso ao tratamento (REVEIZ et al., 2013). O Brasil tem vivenciado o que pode ser denominado explosão da judicialização e sugere-se um “modelo brasileiro” caracterizado pela prevalência dos direitos individuais na demanda de tratamentos médicos, mais frequentemente medicamentos, e pela alta taxa de sucesso dessas ações judiciais (FERRAZ, 2009).

Nesse sentido, Machado et al. (2011) apontam que a judicialização, pelo fato de interferir nas políticas de saúde, transformou-se em pressão para a incorporação de medicamentos pelo setor público. Porém, ao incorporá-los à assistência farmacêutica sob pressão, existe o risco de fazê-lo sem atender a critérios como eficácia, segurança e prioridades sanitárias da população.

Quanto a estes critérios, a responsabilidade do Poder Público se amplia, fazendo com que desígnios da Constituição Federal e das diretrizes do sistema sejam priorizados, de modo a ofertar à população medicamentos mais seguros (que não provocam danos), eficazes (cumprem aquilo que se propõem), efetivos (fazem o que se propõem a fazer quando utilizados por pessoas em condições reais e não em grupos homogêneos que constituem os grupos de pessoas dos ensaios clínicos) e custo-efetivos (entre as alternativas disponíveis, atende o que se propõe a fazer para as pessoas em condições reais, ao menor custo) (VIEIRA, 2008).

Torna-se relevante destacar ainda que, a possibilidade de registro de múltiplos produtos farmacêuticos para as mesmas indicações visa minimizar possíveis falhas de mercado, já que amplia a oferta de alternativas terapêuticas semelhantes, ampliando a concorrência e, conseqüentemente, a regulação dos preços (VIEIRA, 2008). No entanto, Machado et al. (2011) ressaltam que pode ser mais oportuno e viável à gestão pública programar a aquisição e distribuição de determinados medicamentos do que atender às liminares judiciais.

Nesse aspecto, o SUS trabalha com a RENAME, amparando-se nas recomendações da Organização Mundial da Saúde desde 1975, quando da publicação da primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2015). A RENAME apresenta o conjunto dos medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, buscando garantir a integralidade do tratamento medicamentoso e passa por permanente atualização e a ampla divulgação (BRASIL, 2015).

Tal relação consiste em um instrumento de racionalização das ações de assistência à saúde e de gestão e é assumida como um compromisso do Ministério da Saúde com os gestores, os profissionais, os usuários do SUS e com toda a população brasileira (BRASIL, 2015). Desempenha ainda o papel de orientar a política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, a fim de dotar o País de capacidade de desenvolver e produzir os medicamentos para atender às necessidades do SUS (BRASIL, 2015).

Corroborando a tais conceitos, Vieira (2008) aponta que é imprescindível que existam critérios que orientem a decisão do SUS na incorporação de um produto farmacêutico, racionalizando o uso desta ferramenta, tanto do ponto de vista terapêutico quanto dos recursos públicos, de modo a considerar que o custo de sua incorporação deve ser suportado pela sociedade, dada a necessidade de atender o conjunto de doenças que acometem a população brasileira como um todo. Assim, a utilização de mecanismos divergentes daqueles adotados pelo SUS para viabilizar acesso aos medicamentos pode implicar em prejuízos à equidade na saúde.

É recorrente a interpretação no Judiciário brasileiro, segundo a qual o direito à saúde é individual e o atendimento médico é ilimitado, sustentado apenas pelos princípios de equidade e universalidade estabelecidos na Constituição, ou seja, para dar atendimento ilimitado a alguns, diminuem-se necessariamente os serviços e ações que beneficiam a outros (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Tal posicionamento pode gerar forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do Poder Judiciário, em decidir quanto ao conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da saúde (VENTURA et al., 2010). Esta deliberação, a princípio, compete ao Poder Executivo em conjunto com instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS, considerando as implicações orçamentárias e técnicas que envolvem a incorporação de tecnologias – sobretudo, as novas tecnologias – na assistência à saúde individual e coletiva (VENTURA et al., 2010).

2.3. A judicialização do direito à saúde e seu impacto orçamentário

O fenômeno da judicialização da saúde tem impacto não só nos orçamentos do governo, mas também no processo de alocação dos recursos da saúde. No Brasil os recursos financeiros federais gastos em pagamento de créditos ordenados pelos tribunais aumentaram quase 40 vezes entre 2005 e 2010. O Ministério da Saúde informou que, em 2010, os pagamentos dos medicamentos em nível federal totalizaram aproximadamente US\$ 550 milhões. O Estado de São Paulo sozinho pagou US\$ 380 milhões em créditos para os medicamentos de alto custo, o que representa 50% de todo o orçamento anual para medicamentos excepcionais (CUBILLOS et al., 2012).

Uma das implicações deste pronto atendimento das solicitações de insumos, recursos e medicamentos por meio judicial é que, no caso do Estado, os processos de compra de bens e serviços no setor público – nas três esferas de governo – são disciplinados pela Lei Federal n 8.666, de 21 de junho de 1993, a qual obriga a licitação e estabelece critérios para sua inexigibilidade, como no caso de calamidade pública ou urgência de atendimento. Assim, em alguns casos, a compra de medicamentos solicitados nas ações judiciais tem sido categorizada como emergencial e feita sem licitação, podendo favorecer fraudes e compra a preços elevados no mercado varejista (PEPE et al., 2010b). Corroborando o que foi apontado por Machado (2008), a obrigação do Estado em arcar com o pagamento imediato de certos bens sem o processo de licitação, pode causar desequilíbrio avassalador nas contas públicas, e, principalmente, no orçamento destinado à saúde (MACHADO, 2008).

Quando são analisados os montantes despendidos necessários ao atendimento dessas demandas, é possível observar casos como o estado do Rio Grande do Sul que, em 2008, gastou 22% de todo o seu orçamento destinado a medicamentos para cumprir 19.000 mandatos judiciais (BIEHL et al., 2012). Ainda, segundo dados divulgados pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, em 2009 o Município de Campinas recebeu 86 novas ações judiciais e para atendê-las despendeu R\$2.505.762, sendo que o total de recursos de que dispunha o Município para atendimento dos usuários do SUS era de R\$16.929.316,29, o que representou cerca de 16% de todo orçamento de medicamentos do Município que foram destinados ao atendimento de apenas 86 ações judiciais. Ainda não há estimativa quanto aos gastos municipais, todavia muitos

municípios informam a utilização de toda sua verba de saúde destinada ao atendimento de uma única ação judicial (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Assim, há casos que tendem a desconsiderar o impacto orçamentário dessas decisões, de modo que todos os entes da federação podem ser igualmente responsabilizados a prover qualquer item solicitado pelo paciente (WANG; OLIVEIRA; TERRAZAS, 2014). Por isso, uma crítica frequente referente a este fenômeno da judicialização da saúde pode ser a financeira, corroborando o que expõem Ferraz e Vieira (2009), que ressaltam o fato de as necessidades de saúde da população irem sempre muito além dos recursos disponíveis para atendê-las, obrigando que escolhas difíceis sobre a alocação dos recursos sejam tomadas pelo poder público.

Embora note-se preocupação do Judiciário quanto ao risco de que os direitos econômicos e sociais garantidos pela Constituição sejam negligenciados por serem normas programáticas, ou seja, sem eficácia plena, não se pode descartar o problema da escassez de recursos e tratá-lo como ilusório ou secundário (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Ao mesmo tempo, além de várias demandas simultâneas, múltiplas necessidades encontradas na mesma sociedade, estas não podem ser atendidas de forma plena, pelas restrições de financiamento. Por essa razão, o atendimento dessas demandas depende, dentre outros fatores, da capacidade de planejamento do Estado, que transparece no orçamento.

2.4. A relação de agência e o fenômeno da judicialização da saúde

Para Andrade et al. (2008) há premente necessidade de se problematizar o fenômeno da judicialização da saúde além do seu impacto econômico e analisar as características que permeiam as instituições e atores envolvidos. Chieffi e Barata (2009) apontam que, após a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988, tornou-se cada vez mais frequente a interferência do poder judiciário em pontos que, a princípio, são de responsabilidade dos poderes executivo ou legislativo. Neste contexto, o novo papel exercido pelo Judiciário na garantia de direitos individuais atribui-se à noção de judicialização.

Cubillos et al. (2012), indagam se o processo de judicialização não está criando um contexto no qual as prioridades do setor de saúde estejam sendo definidas nos tribunais, mas afirmam que esse processo está gerando uma relação diferente e evoluindo entre o Judiciário e os poderes executivos.

Ao se analisar as relações entre os poderes judiciário e executivo e cidadão demandante, cabe retomar a relação de agência definida por Jensen e Meckling (1976), a qual um contrato em que uma ou mais pessoas (o(s) principal(is)) designa uma outra pessoa (agente) para executar em seu nome um serviço que implique a delegação de algum poder de decisão ao agente. Caso ambos busquem a maximização de sua utilidade, acredita-se que o agente nem sempre agirá conforme os interesses do principal.

Aplicando essa relação de agência ao setor público, é possível entender como principal o cidadão, contribuinte ou o eleitor que por meio do voto nomeia um agente (governante) para gerir o serviço público, que é financiado pelo principal por meio do pagamento dos impostos (VIANA, 2010). Os impostos arrecadados pelo Estado, e transferidos às entidades prestadoras de serviços públicos, contabilmente devem ser considerados como integralização de capital dos sócios a serem aplicados em ativos que serão revertidos em serviços públicos, benefícios ou distribuição de renda para a população (SLOMSKI, 2005). Desse modo, os cidadãos podem ser considerados sócios da sociedade brasileira (VIANA, 2010).

Interpreta-se o principal como cidadão/contribuinte/eleitor, que por meio do voto nomeia um agente - o governante - para gerir o serviço público, financiado pelo principal com recursos advindos do pagamento dos impostos (VIANA, 2010). Especificamente neste projeto, entende-se o caso da judicialização da saúde, como uma relação de agência, constituída de múltiplos principais, ou seja, os vários cidadãos/contribuintes/eleitores que delegam a múltiplos agentes, isto é, governantes, na forma dos poderes executivo, legislativo e judiciário, a gestão de seus recursos por meio de um contrato, no caso, a constituição e seu desdobramento legal, por meio de lei orçamentária.

Buscando evitar os problemas de divergência de interesses decorrentes desse conflito, são realizados contratos, cujo objetivo é alinhar os interesses dos agentes com os de seus principais (SATO, 2007). Porém, os contratos envolvem transações, que são

a transferência de bens e serviços de um indivíduo para outro e, como os participantes são seres humanos, o entendimento do comportamento destes é de interesse fundamental para as organizações (MILGROM; ROBERTS; 1992).

Configurando-se o governo como uma organização econômica, ou seja, entidade por meio da qual as pessoas interagem para atingir objetivos econômicos individuais e coletivos e, considerando que a organização é um nexo de contratos (MILGROM; ROBERTS; 1992), é possível considerar que o contrato observado, no caso da saúde, é o contrato implícito pela carta constitucional que produz uma relação entre o cidadão e o direito à saúde.

Como observado no artigo 196 da Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em outras palavras, a Constituição estabelece o dever de que os agentes estatais formulem e implementem políticas públicas que promovam a prevenção e o tratamento de doenças que acometam ou possam acometer os cidadãos (CHIAVASSA et al., 2014).

Todavia, as políticas públicas apresentam sua abrangência limitada em razão da restrição dos recursos e da clara definição dos objetivos a serem atingidos e, na área da saúde, tratamentos e medicamentos específicos muitas vezes não são incluídos no SUS, tendo em vista o alto custo que envolvem (CHIAVASSA et al., 2014).

Nesses casos, em que algum indivíduo entende que seu direito social, no caso seu direito à saúde desamparado, o caráter jurídico da questão possibilita recorrer ao Poder Judiciário para garantir seu direito, havendo a transferência de temas políticos para dentro das instituições do sistema de justiça. Tais ações transformam o Judiciário em um “importante fórum de contestação de políticas públicas” (VERISSIMO, 2008). Desse modo, há a contestação do contrato estabelecido pela Constituição, uma vez que o cidadão passa a solicitar judicialmente o que está estabelecido nos direitos constitucionais (CHIAVASSA et al., 2014).

Desse modo, as decisões do Judiciário a respeito dos direitos sociais interferem na forma como recursos são alocados e, portanto, têm impacto na formação e adoção de políticas públicas (TAYLOR, 2007). Tal fato corrobora o que foi apontado por Jensen e

Meckling (1976) de que novas leis e decisões judiciais muitas vezes podem fazer e mudar os direitos das partes contratantes *ex post*, que podem e servem como um veículo para a redistribuição da riqueza (JENSEN; MECKLING, 1976).

2.5. Teoria dos custos de transação e judicialização da saúde

A nova economia institucional promoveu interesse no estudo das instituições e seu impacto econômico, identificando contribuições de Coase (1937) e North (1991), que construíram importantes conceitos para compreensão dos movimentos do mercado, a natureza contratual das firmas e a salvaguarda dos direitos de propriedade, culminando em um novo delineamento teórico denominado economia dos custos de transação (GOIS; BORGES; SOUZA, 2012).

A partir dos trabalhos apresentados por Coase (1937) nos artigos “*The nature of the firm*” (1937) e “*The problem of social cost*” (1960) foram discutidas a existência da firma e dos custos associados à sua organização. O conceito dos custos de transação da organização econômica teve origem na tautologia definida por Coase (1937) como claramente certa, em que uma firma tem papel econômico se suas transações puderem ser organizadas internamente a um custo menor do que seriam no mercado. O limite e tamanho da firma são alcançados quando os custos de organizar as transações adicionais na firma excedem os custos de realizar a mesma transação no mercado (COASE, 1937).

Sob a abordagem contratual, no estudo da organização econômica a transação é a unidade básica de análise, os detalhes sobre estruturas de governança e os atores humanos são analisados (WILLIAMSON, 1988). A teoria dos custos de transação está ligada à relação contratual entre os agentes ao buscarem a redução das incertezas futuras, por meio da tentativa de se prever todas as variáveis que possam influenciar futuros resultados para uma empresa, embora seja impossível que um contrato preveja todos os acontecimentos que possam acometer uma firma, haja visto a racionalidade limitada dos agentes (WILLIAMSON, 1975).

Os custos de transação estão relacionados à gestão dos sistemas produtivos e à incapacidade humana, quando da realização do contrato, de antever tudo o que pode

ocorrer ao longo do contrato, bem como a existência de oportunismo, comportamento interesseiro e racionalidade limitada (WILLIAMSON, 1975). Tais custos surgem porque a informação é cara, existe assimetria detida pelas partes e porque, em qualquer forma institucional que os atores desenvolvam para estruturar as interações humanas, serão obtidos resultados em algum grau de imperfeição de mercado (NORTH, 1990).

Cunha, Saes e Mainville (2013), afirmam que os custos de transação podem ser empregados em diferentes ambientes institucionais, pois o ambiente institucional é o principal responsável pela determinação dos custos de transação e também pela redução de assimetrias. Ressalta-se ainda a existência dos custos de transação *ex ante* e *ex post* ao contrato. Os custos *ex ante* consistem em custos para preparo, negociação e salvaguarda de um contrato, enquanto os custos *ex post* relacionam-se aos custos de monitoramento, ajuste e adaptação, causados por falhas, erros, omissões e mudanças inesperadas no contrato. (WILLIAMSON, 1985).

A judicialização da saúde promove demandas não programadas e com caráter emergencial. Assim, há um fator preponderante nesses processos, a onerosidade e dificuldade nas ações de planejamento e de controle por parte dos gestores públicos, uma vez que o planejamento, compras em escala, controle de estoques, chamadas de preço não podem ser usados em decorrência de determinações judiciais (MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013) e isso implica em um aumento de custos totais para as políticas governamentais de saúde.

Assim, entende-se que a judicialização na saúde, sob a perspectiva teórica dos custos de transação, pode gerar custos incrementais de compras não planejadas adquiridas às pressas, compradas em quantidades menores e custos do fenômeno provenientes de custos médicos, custos processuais, dentre outras necessidades.

Algumas decisões judiciais têm favorecido sistematicamente o conceito do médico assistente sobre a opinião de especialistas clínicos pares ou os protocolos clínicos da autoridade sanitária. Entre os riscos deste posicionamento, encontram-se principalmente a possibilidade de pressionar o sistema para entregar drogas e/ou serviços para os quais não há provas da sua eficácia clínica; parecer médico tendencioso ocasionado pelo conflito de interesse entre o médico assistente e a capacidade técnica limitada dos tribunais levando à decisões subótimas para a sociedade como um todo,

tendo em conta o custo de oportunidade de não prestação de outros serviços (CUBILLOS et al., 2012).

Em relação aos riscos citados é possível enquadrá-los aos pressupostos comportamentais humanos da racionalidade e oportunismo explicados por Williamson (1988). Segundo o pressuposto da racionalidade limitada, o comportamento humano é intencionalmente racional, no entanto sua capacidade é limitada (SIMON, 1961). Esse primeiro pressuposto implica que os indivíduos têm restrições em sua capacidade cognitiva para processar todas as informações disponíveis, constituindo assim uma racionalidade limitada (WILLIAMSON, 1985). Já o oportunismo refere-se à divulgação incompleta ou distorcida de informação, sobretudo nos esforços calculados para enganar, distorcer, disfarçar, ofuscar ou confundir, sendo responsável por condições reais ou inventadas de assimetria de informação, que complicam problemas de organização econômica (WILLIAMSON, 1985).

Já o risco decorrente de decisões sub-ótimas, pode relacionar-se às características e condições das transações, impactando nos custos de transação, tais como a especificidade dos ativos, a frequência com que ocorrem as transações e os riscos ligados à dinâmica do ambiente de negócios (WILLIAMSON, 1975).

A existência de investimento em ativos específicos cria uma quase renda. O valor da quase renda do ativo é o excedente do valor gerado do ativo específico e seu valor reserva, ou seja, seu melhor uso alternativo. A divisão da quase renda entre os agentes que compõe uma relação contratual é uma das principais razões das disputas nas negociações. Isso porque é impossível *ex-ante* especificar claramente nos contratos a divisão do excedente, já que não se pode prever todas as contingências pós-contratuais e o comportamento oportunista é particularmente favorecido nas situações em que há grande quantidade de excedente a ser dividido *ex-post* (KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978).

Corroborando o exposto por Klein; Crawford; Alchian (1978), no fenômeno da judicialização da saúde observa-se que *ex-ante* o poder executivo não abrangeu e antecipou em totalidade as possíveis necessidades de saúde da população, o que tem gerado contingências pós-contratuais por meio das demandas judiciais do direito à saúde. Nesse sentido, observa-se uma disputa pela quase renda decorrente da especificidade do tratamento requerido.

No entanto, quantificar os gastos com as ações judiciais pode ser uma tarefa complexa, pois envolve alguns itens de difícil mensuração, que se embarçam com o processo de gestão. Apesar disso, pode-se afirmar que o atendimento das demandas judiciais gera um custo adicional, como recursos humanos e materiais (MARTINS, 2013). Nesse sentido, Cubillos et al. (2012) ressaltam que ainda é cedo para quantificar todos estes efeitos e desenvolvimento de processos de definição de prioridades justos, transparentes, tecnicamente sólidas e aponta a premente necessidade de que se melhorem os dados, os sistemas de informação e que pesquisas futuras sobre estas questões são necessárias para entender completamente o impacto financeiro direto, bem como os custos de oportunidade associados com o processo global de judicialização.

Assim, baseado na Teoria dos Custos de Transação, esse trabalho busca analisar também os custos decorrentes dessas demandas, por meio do tempo despendido na tramitação das demandas judiciais por medicamentos. Como citado por (PEREIRA et al., 2010) em análise dos gastos com medicamentos em ações judiciais e do número de ações recebidas na SES/SC a partir de 2000, apontaram apenas os valores dos custos (em reais) referentes apenas ao gasto na aquisição dos medicamentos fornecidos; não computando-se os gastos inerentes aos recursos humanos e físicos envolvidos, nem os referentes à própria tramitação dos processos, o que pode demonstrar a necessidade de se analisar esse gasto gerado pelo tempo de tramitação desse processo.

No entanto, é importante destacar novamente a limitação do presente trabalho, que buscou apontar esse possível custo de transação decorrente do tempo de tramitação desses processos, mensurando a princípio o tempo da tramitação do processo apenas, contabilizando-o em dias. Portanto, neste trabalho apenas o tempo despendido foi analisado, de modo que a mensuração dos gastos associados a esse tempo permanecem indeterminados, possibilitando espaço para estudos futuros.

2.6. Trabalhos anteriores

Messeder, Osorio-De-Castro e Luiza (2005) descreveram e analisaram 389 processos legais para o acesso a medicamentos, contra o Departamento de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, entre janeiro de 1991 a dezembro de 2001. Os resultados sugeriram grandes

atrasos nas decisões judiciais, sendo a maioria dos processos arquivados pelo Public Defender's Office para usuários do Sistema Nacional de Saúde. Os casos mais frequentes envolveram medicamentos para o sistema cardiovascular e nervoso, muitos envolvendo uso contínuo. As autoras apontaram que as práticas de prescrição são institucionalizadas por meio da inclusão dos medicamentos mais frequentemente prescritos em listas públicas de financiamento, o que torna difícil o uso racional de drogas. Segundo os resultados, os municípios não estão cumprindo a responsabilidade de fornecimento de remédios aos usuários, sobrecarregando o Estado que, por sua vez, também não fornece medicamentos adequadamente aos municípios. Para elas, a visível falta de consciência entre advogados e clientes gera conflito entre Executivo e Judiciário e restringe os recursos para serviços farmacêuticos coletivos.

Em pesquisa posterior, Vieira e Zucchi (2007), analisaram processos movidos por cidadãos contra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, referentes ao fornecimento de medicamentos, durante o ano de 2005. Os resultados indicaram que foram impetradas 170 ações contra a Secretaria requerendo o fornecimento de medicamentos, sendo que os serviços do SUS originaram 59% das prescrições. Câncer e diabetes foram as doenças mais referidas (59%). Cerca de 62% dos medicamentos solicitados estavam na lista oferecida pelo SUS. O gasto total foi de R\$876 mil, efetuado somente para itens que não fazem parte da RENAM e 73% deles poderiam ser substituídos. Do gasto total, 75% foram destinados à aquisição de antineoplásicos, cuja comprovação de eficácia necessita de mais ensaios clínicos. Os autores concluíram que a maioria das demandas por medicamentos geradas por ações judiciais poderia ser evitada se fossem consideradas as diretrizes do SUS, a organização do atendimento em oncologia e a observância das relações de medicamentos essenciais. Apontaram que a falta dessa observância compromete a Política Nacional de Medicamentos, a equidade no acesso e o uso racional de medicamentos no SUS.

Em 2008, Gandini, Barione e Souza estudaram as normas e entes relativos à prestação de assistência médico-farmacêutica, bem como sugeriram critérios a serem observados nas demandas envolvendo a judicialização da saúde. Já em pesquisa publicada em 2010, Chieffi e Barata apresentaram a análise de processos judiciais cadastrados no sistema de controle judicial do Estado de São Paulo em 2006 e descobriram que foram gastos 65 milhões com o cumprimento das decisões judiciais para atender a cerca de 3.600 pessoas. O gasto total em medicamentos foi de 1,2 bilhão de reais. Das 2.927 ações

analisadas, elas foram ajuizadas por 565 agentes, sendo que 97,2% deles eram advogados particulares. Os medicamentos solicitados nas demandas judiciais analisadas foram prescritos por 878 médicos diferentes e observou-se que 35% das ações foram apresentadas por 1% dos advogados. Assim, os autores concluíram que poucos advogados são responsáveis pela maioria das demandas judiciais e a observação de que mais de 70% das ações para certos medicamentos são de responsabilidade de um advogado pode sugerir uma relação estreita entre o advogado e o fabricante do medicamento.

Filho, Chieffi e Correa (2010) descreveram o sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – S-CODES e analisaram a base de dados referente às ações judiciais contra o Estado de São Paulo. Os autores observaram, principalmente, que é crescente o processo de judicialização da saúde em São Paulo, sendo que em 2010, constavam 23.003 ações judiciais ativas, das quais mandado de segurança e rito ordinário representaram 92% das ações. Observou-se concentração de ações judiciais em alguns municípios e também nos Departamentos Regionais de Saúde, destacando-se Bauru, Ribeirão Preto e São José do Rio. Poucos advogados (27) foram responsáveis por mais de 25% das ações em todo o Estado. As unidades de saúde que atendem exclusivamente o SUS responderam por cerca de 40% dos registros referentes ao local de tratamento do paciente. Diabetes foi a doença mais frequente e os medicamentos foram os itens mais solicitados por via judicial, com destaque para as insulinas, nos seus diferentes princípios ativos. Grande parte dos medicamentos pleiteados estava incorporada na assistência farmacêutica do SUS ou possuía similar terapêutico disponível. O valor estimado somente na aquisição dos itens destinados às ações judiciais no Estado foi cerca de 512 milhões de reais ao ano, valor que supera importantes programas assistenciais do SUS.

Pepe et al. (2010) discutiram os desafios da gestão da assistência farmacêutica provocados pelo fenômeno da judicialização da saúde, que tem exigido um tipo de atuação do gestor, administrativa e judicialmente diferenciada, para responder às ordens judiciais, evitar o aumento de novas demandas e preservar os princípios e as diretrizes do SUS. Em seu artigo, os autores propõem avançar a compreensão do intenso uso da via judicial para fornecimento de medicamentos, por meio de revisão e análise das pesquisas disponíveis, realizadas em estados e municípios brasileiros. São abordados os principais elementos de interferência da “judicialização de medicamentos” no ciclo da

assistência farmacêutica, mostrando características comuns e possíveis mecanismos para a tomada de decisão de gestores e profissionais do sistema de justiça.

Pereira et al. (2010) estudaram a situação dos processos judiciais de medicamentos contra a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina entre 2003 e 2004. Foram analisados 622 processos, com gasto de R\$ 11.333.750,00. Os serviços privados de saúde originaram 56% das prescrições. Hepatite C e artrite reumatoide foram as doenças mais encontradas. Em 40% dos casos, os produtos faziam parte da RENAME. Dos produtos solicitados, 6,2% tiveram a sua comercialização iniciada no Brasil a partir do ano 2000, destacando-se Interferon Pequilado e Infleximabe, responsáveis por 46% do total dos gastos. Alguns processos envolviam medicamentos que não possuíam registro na Anvisa, e houve casos em que a indicação de uso do medicamento não estava aprovada no país. Os autores concluíram que a reavaliação dos medicamentos padronizados e a melhoria no acesso aos tratamentos, junto à melhor divulgação dos programas de distribuição de medicamentos, são medidas que potencialmente poderão reduzir o número de processos judiciais.

Também em 2010, Ventura et al. avaliaram processos judiciais individuais reivindicando dos entes públicos o fornecimento de medicamentos, no período de junho de 2007 a julho de 2008, no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Constataram que a prescrição médica individual, a hipossuficiência econômica e a urgência dos demandantes ao acesso aos medicamentos foram as principais justificativas encontradas. Os autores ressaltaram que a efetividade do direito à saúde necessita de um conjunto de respostas políticas e ações governamentais maiores e não apenas formais e restritas às ordens judiciais.

Machado et al. (2011), analisaram o perfil dos requerentes e dos medicamentos pleiteados em ações judiciais de 827 processos judiciais com 1.777 pedidos de medicamentos de 2005 a 2006 no Estado de Minas Gerais. Os resultados apontaram que mais de 70% dos autores tinham origem do sistema privado de saúde e 60,3% representados por advogados particulares. Artrite reumatóide (23,1%) foi a doença mais encontrada e os imunossupressores foram os medicamentos mais solicitados (adalimumabe e etanercepte). Aproximadamente 5% dos medicamentos solicitados não possuíam registro na ANVISA, 19,6% estavam presentes na RENAME, 24,3% compunham o Programa de Medicamentos de Alto Custo e 53,9% apresentavam

evidência consistente de eficácia. Dentre os medicamentos não disponíveis no sistema público, 79,0% apresentavam alternativa terapêutica nos programas de assistência farmacêutica. Os autores concluíram que a judicialização na saúde pode indicar falhas do sistema público de saúde, diante das constantes solicitações de medicamentos de suas listas. Porém, trata-se de um obstáculo para o uso racional de medicamentos e para a consolidação das premissas da Política Nacional de Medicamentos, sobretudo quando são solicitados medicamentos sem comprovação de eficácia e não padronizados pelo SUS.

Sartori Junior et al. (2012) estudaram a judicialização do acesso a medicamentos de alto custo para doenças genéticas raras, como a doença de Fabry por terapia de reposição enzimática no Rio Grande do Sul até 2007. Foram identificadas 13 ações e 17 demandantes. Houve 13 pedidos de antecipação da tutela, dos quais 12 concedidos. O “Risco de morte” foi alegado por médicos em 4 prescrições e, por advogados, nas 13 ações. Segundo os autores, os dados indicam falta de discussões acerca da eficácia e segurança médicas, custo-efetividade, impacto econômico e argumentos jurídico-constitucionais, indicando a necessidade de política específica para doenças genéticas raras padronizando o acesso aos tratamentos.

Travassos et al. (2013) analisaram 558 acórdãos nos sites dos Tribunais de Justiça de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. A maioria consistiam em ações ordinárias (73,1%) e na maior parte das decisões não foi possível verificar a situação financeira do demandante e do representante do autor (69,1% e 54,5%). Naquelas que foram possíveis, a defensoria pública foi mais frequente (71,5%), sobretudo no Rio Grande do Sul (90,2%). A maioria das ações era individual e com pedido de liminares (83,8%), na maioria das vezes deferida (91,2%), alegando-se urgência/emergência em quase todos (98,8%), sendo a maioria das decisões favorável aos usuários (97,8%). A partir dos resultados, os autores concluíram que os usuários têm buscado individualmente garantir seu direito à saúde, buscando junto ao poder público para a propor a ação, mas observaram uma diferença na postura jurídica entre os tribunais avaliados, notando-se acentuada tendência do Judiciário em acolher as solicitações.

Martins (2013) analisou a desprogramação causada pelo fornecimento de medicamentos não padronizados e, portanto, não previstos no orçamento público aprovado, custeados pelos cofres públicos em razão das demandas judiciais, sob uma perspectiva que

evidencia a Assistência Farmacêutica federal. Diniz, Machado e Penalva (2014) estudaram 385 ações, o que corresponde a 87% do total de casos de judicialização da saúde do período entre 2005 e 2010 que alcançaram a 2ª Vara do Distrito federal. Os resultados indicaram que o principal bem judicializado foi o acesso à UTI, seguido por medicamentos e assistência médica. Quase todos os processos foram apresentados por defensor público, oriundos do serviço público de saúde. Os autores concluíram que os resultados da pesquisa desafiaram algumas teses dominantes no debate nacional, sobretudo a alegação de que é um fenômeno das elites e que o bem judicializado são os medicamentos. Porém, afirmaram a impossibilidade de generalização dos dados e apontaram que a judicialização da saúde possui diferentes aspectos englobados pelo mesmo conceito.

Estudando as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Estado de Minas Gerais, no período de 1999 a 2009, Gomes et al. (2014) observaram que 93,6% dos procedimentos eram cobertos pelo SUS e que a residência dos beneficiários localizava-se, principalmente, nas macrorregiões Centro (26,4%) e Oeste (24%). As internações em leitos comuns, Centro de Terapia Intensiva e cirurgias do aparelho circulatório foram os procedimentos mais solicitados. Como conclusão, os autores apontaram a iminente necessidade de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, por meio de uma extensa cobertura normativa.

Medeiros, Diniz e Schwartz (2014) analisaram 196 processos julgados entre fevereiro de 2006 e dezembro de 2010 que determinaram a provisão gratuita de medicamentos para mucopolissacaridoses pelo Ministério da Saúde. Os referidos autores encontraram evidências de que os custos advocatícios eram financiados por entidades interessadas nos resultados da judicialização, como as empresas distribuidoras ou indústrias farmacêuticas. Além disso, apontaram que pode haver migração dos pacientes para diagnóstico e tratamentos em centros universitários de referência para inovação médica no país e que a opção por serviços públicos ocorre devido a sua maior capacidade técnica e científica. Concluíram que a advocacia privada, indicadores de exclusão social do local de residência dos pacientes e uso de serviços públicos não são informações de classe que corroborem ou refutem a tese da judicialização pelas elites.

Mapelli Junior (2015) realizou uma análise da CF e da legislação sanitária, inclusive a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e os novos marcos legais da integralidade (Lei 12.401/11, Lei 12.466/11, Decreto 7.508/11 e LC 141/12). Em seguida, pesquisou retrospectivamente as ações judiciais de medicamentos, insumos terapêuticos e produtos de interesse à saúde, registradas no sistema informatizado da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (S-CODES), no período de 2010 a 2014. O autor verificou que, em regra, as ordens judiciais determinam escolha de marca comercial, medicamentos não previstos em protocolos clínicos e nas relações de medicamentos, sem registro na Anvisa, importados e experimentais, e mesmo sem qualquer relação com as atividades assistenciais do SUS, frequentemente com base em prescrições médicas irregulares e privadas, gerando impacto orçamentário e desorganização das atividades administrativas.

Picolini et al. (2016) avaliaram o percentual econômico do processo de compra dos medicamentos por ação judicial do DRSII (Departamento Regional de Saúde) do estado de São Paulo. Os dados evidenciaram que o processo de aquisição foi efetivo porque gerou uma economia de 51,6%. No entanto, em alguns itens como a enoxaparina e cloridrato de pioglitazona, o processo de aquisição poderia melhorar uma vez que observou-se um prejuízo de 404,4% e 139,0%, respectivamente. Os autores concluíram que a maioria dos itens adquiridos foi da atenção básica de saúde (89,4 %) e a análise do percentual econômico consiste num relevante indicador de resultado pois contribui para avaliar a eficiência do processo de aquisição, identifica os municípios que peticionaram mais ações, auxiliando na avaliação e atualização da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) e o desempenho da assistência farmacêutica municipal.

Santana (2016), fundamentando-se na pesquisa bibliográfica e análise jurisprudencial das cortes brasileiras, analisaram o processo de judicialização da saúde como um fenômeno em expansão que suscita debates jurídicos, tanto na academia como na prática judicial. Buscaram ainda apresentar alternativas viáveis dada a realidade, analisando algumas experiências de cooperação entre entes governamentais como meio de racionalização das decisões judiciais na saúde, identificando aspectos positivos e estratégias de sucesso para a garantia do direito à saúde.

Recentemente, Britto (2016) analisou 157 ações judiciais do Tribunal de Justiça da Bahia quanto às demandas de acesso a medicamentos do SUS entre 2012 e 2014, cujos

resultados, em sua totalidade, foram favoráveis ao fornecimento do medicamento. Nas demandas por medicamento para Diabetes e outras enfermidades predominou o patrocínio da Defensoria Pública, já para o câncer, a maioria teve origem de advogados particulares (60,9%). O autor observou a defesa pelos julgadores dos princípios constitucionais e do direito fundamental à saúde. No entanto, não encontrou a discussão de temas relevantes, tais como a prévia consulta a órgãos técnicos, disponibilização de alternativas terapêuticas pelo SUS em suas listas oficiais, existência de registro do fármaco na Anvisa e comprovação de evidências da eficácia e segurança da medicação pleiteada.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são abordados os procedimentos utilizados para a construção da pesquisa. Assim, foram descritos todos os aspectos metodológicos adotados: classificação da pesquisa, construção do banco de dados e procedimentos para análise dos dados.

3.1. Classificação da pesquisa

As pesquisas descritivas objetivam principalmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002). Nesse sentido, este estudo pode ser classificado como uma pesquisa descritiva, por identificar características gerais dos processos de judicialização de medicamentos na DRS de Ribeirão Preto/SP. Para Roesch (2007), a pesquisa descritiva explicita as características de certa população ou de determinado fenômeno, embora não possua como compromisso a explicação dos fenômenos que descreve, ainda que sirva de base para tal explicação.

A classificação da pesquisa, neste caso descritiva, possibilita o estabelecimento de seu marco teórico. Porém para que seja possível analisar os fatos empiricamente, confrontando a visão teórica com os dados da realidade, faz-se necessário identificar o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim, o grupo de delineamento que se vale das chamadas fontes de "papel" inclui a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental (GIL, 2002).

Desse modo, quanto aos procedimentos técnicos, o estudo classifica-se como uma pesquisa do tipo documental, que usa de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico ou que ainda são passíveis de reelaboração conforme os objetivos da pesquisa (GIL, 2002). Esse trabalho caracteriza-se como documental com o uso de informações primárias, ou seja, “são documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos conservados em arquivos de órgãos públicos, documentos cartorários [...] etc”. Nesse sentido, Gil (2002) aponta a

vantagem da pesquisa documental pelo fato de considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados.

3.2.Construção do banco de dados

O foco do presente estudo foram os processos judiciais atendidos pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) responsável por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde em âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil. As ações judiciais atendidas para dispensa de insumos e medicamentos são aquelas impetradas contra o estado de São Paulo ou com responsabilidade solidária entre estado e município. Os municípios integrantes são: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho.

Foram coletadas os processos referentes às demandas solicitadas à DRS XIII no período de janeiro de 2013 a julho de 2015 no sistema da DRS XIII, o S-CODES (Sistema De Coordenação Das Demandas Estratégicas do SUS). A etapa inicial resultou em um total de 14955 solicitações à DRS XIII. Tais informações consistem na totalidade de dados a serem estudados em projeto macro aprovado em agência de fomento, no qual se insere o presente trabalho. Restringiu-se como foco principal do presente trabalho a pesquisa das demandas por medicamentos. Desse modo, foram filtradas apenas as demandas por medicamentos, totalizando 6497 solicitações.

Diversos são os mecanismos processuais que podem ser manejados pelo paciente que pleiteia a assistência farmacêutica perante o Poder Judiciário (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). Tendo em vista um dos objetivos específicos do presente trabalho de comparar valores e tempos concernentes aos processos, optou-se por separar as ações judiciais segundo o tipo de rito a que pertenciam, a fim de se manter o registro já contido no SCODES e também visando à manutenção da comparabilidade dos tempos, uma vez que cada rito processual segue determinados procedimentos

dependendo das características das causas como o valor ou a natureza delas (MAPELLI JUNIOR, 2015). O autor cita a existência de ritos ou procedimentos mais rápidos e outros mais complexos, alguns com prazo probatório maior (possibilidade de apresentação de provas) e outros que não permitem a produção de provas, como o do mandado de segurança. Dessa forma, as demandas foram separadas em grupos, segundo a tipologia dos ritos ou procedimentos definida pelo SCODES, de acordo com a classe (rito) do processo, visando agrupá-las conforme o andamento dos processos. São elas: ação civil pública²; rito ordinário³; rito sumaríssimo⁴; medida cautelar⁵; mandado de segurança⁶.

Em razão do pequeno tamanho populacional dos grupos medida cautelar e mandado de segurança, optou-se por estudar sua população. No entanto, os demais grupos (ação civil pública, rito ordinário e rito sumaríssimo) possuíam acentuado número de solicitações, inviabilizando a análise da população, o que levou à necessidade da seleção da amostra. Corroborando o exposto por Sampieri, Collado e Lucio (2006) que afirmam ser pouco frequente a possibilidade de se medir toda a população, por isso pretende-se que esse conjunto seja um reflexo fiel do conjunto da população.

Para que os dados obtidos num levantamento sejam significativos, é necessário que a amostra seja constituída por um número adequado de elementos. A estatística dispõe de procedimentos que possibilitam estimar esse número. Para tanto, são realizados cálculos diversos (GIL, 2007). Fávero et al. (2009) afirmam que se a variável for qualitativa (nominal ou ordinal) e a população finita, o tamanho da amostra (n) aleatória simples pode ser calculado pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{z_g^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + z_g^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

² Ações civis públicas: ações civis que reúnem dois ou mais pacientes (MAPELLI JUNIOR, 2015).

³ Rito ordinário: ação civil de procedimento processual comum, permite maior prazo probatório (MAPELLI JUNIOR, 2015).

⁴ Rito sumaríssimo: ação civil de procedimento processual rápido (MAPELLI JUNIOR, 2015).

⁵ Medida cautelar: medida para impedir o perecimento de um direito, comumente deferida no início dos processos (MAPELLI JUNIOR, 2015).

⁶ Mandado de segurança: remédio constitucional para direito líquido e certo, inquestionável, que não permite a produção de provas (MAPELLI JUNIOR, 2015).

z_g = abscissa da distribuição normal padrão, fixado um nível de confiança g ;

$\hat{p}$ = estimativa de proporção p ;

$\hat{q} = 1 - \hat{p}$;

N = tamanho da população ;

e = erro amostral (máxima diferença permitida entre $\hat{p}$ e $\hat{q}$)

Neste estudo, considerou-se um nível de confiança (g) de 95%. Para o termo $\hat{p} \cdot \hat{q}$ utilizou-se o valor de 0,25 recorrentemente utilizado, baseando-se nos apontamentos de Fávero et al. (2009) de que o produto de duas probabilidades é maximizado quando eles assumem valores iguais a 0,5, propiciando a maximização do dimensionamento amostral a favor da segurança. A população (N) constitui-se dos valores apontados para cada grupo na Tabela 1 e o erro amostral considerado foi 0,05, o que resultou nos tamanhos amostrais apresentados também na Tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos grupos

Classe do processo	Tamanho populacional	Tamanho amostral ou
Medida cautelar	3	3*
Mandado de segurança	7	7*
Ação civil pública	1463	305
Rito ordinário	2056	324
Rito sumaríssimo	2968	341

*Mantida a população

Fonte: Elaborado pela autora

Com as informações obtidas na etapa inicial e selecionando-se aleatoriamente as demandas a serem analisadas, conforme o tamanho amostral/populacional, foi possível proceder à coleta desses processos, que consistem em informações públicas disponibilizadas no site do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP).

Cada processo constante na amostra ou população foi analisado individualmente, obtendo-se as seguintes informações:

- ✓ Tempo em que o processo está ou esteve em trânsito (t): obtido pela data da última movimentação do processo subtraído da data de distribuição; mensurado em dias.

$$t = t_{final} - t_{inicial}$$

- ✓ Custos relacionados ao processo (CP): mensurados pela soma do valor do processo (vp), honorários advocatícios (ha), multa pelo não cumprimento do prazo de fornecimento do medicamento (ma) e custos cartorários (cc), quando existentes; mensurado em reais (R\$).

$$CP = vp + ha + ma + cc$$

- ✓ Custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM): obtido pela soma do custo total da medicação (ctm) solicitada em cada processo; mensurado em reais (R\$).

$$CM = \sum ctm$$

- ✓ Classificação de cada processo (RENAME ou não RENAME): os processos cujos medicamentos solicitados constavam na lista do RENAME foram classificados como processos RENAME. Já aqueles que continham ao menos um medicamento fora da lista RENAME foram classificados como não RENAME.
- ✓ Local de distribuição do processo (local): obtido com base na cidade em que se localiza o foro distribuído
- ✓ Medicamentos solicitados: nome dos medicamentos solicitados em cada processo.
- ✓ Tutela antecipada: os processos que possuíam tutela antecipada foram classificados como processos “com tutela antecipada”. Já aqueles que não continham a antecipação de tutela foram classificados como “sem tutela antecipada”.

3.3. Procedimentos para análise dos dados

Primeiramente, todos os grupos foram analisados de modo geral, buscando-se mostrar o panorama geral destas demandas judiciais, por meio de percentuais e gráficos.

Os itens dessa primeira análise demonstraram: locais de distribuição dos processos (local); medicamentos solicitados (nomes dos medicamentos); tutela antecipada (com ou sem antecipação de tutela). A figura 1 resume a análise inicial realizada.

Figura 1 – Esquema resumo da análise inicial dos dados

Fonte: Elaborado pela autora

Posteriormente, procedeu-se à etapa de análise estatística dos grupos “ação civil pública”, “rito ordinário” e “rito sumaríssimo”, utilizando o software GraphPad Prism 6. As variáveis analisadas estatisticamente foram: os custos relacionados ao processo (*CP*); os custos dos medicamentos solicitados em cada processo (*CM*) e o tempo em que o processo está ou esteve em trânsito (*t*). Tais análises foram realizadas para cada grupo, comparando-se sempre os processos classificados como “RENAME” e “não RENAME”.

Primeiramente, foi realizada a estatística descritiva dos grupos, por meio do cálculo de média, desvio-padrão, mediana, valores de mínimo e de máximo. Haja vista a contribuição da estatística descritiva para a melhor compreensão do comportamento dos dados por meio de tabelas, gráficos e medidas-resumo, identificando tendências, variabilidade e valores atípicos (FÁVERO et al., 2009).

Posteriormente, os grupos foram submetidos ao teste de normalidade para verificar se um teste paramétrico poderia ser realizado. Após a realização do teste de D'Agostino-Pearson, o qual averigua a normalidade da amostra, verificou-se que os grupos não possuíam distribuição normal, descartando assim, a possibilidade de realização de teste paramétrico. Portanto, nesse caso, os dados não foram analisados pelo Teste t de Student, pois não apresentaram distribuição normal, a um nível de significância de 5%, uma vez que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05.

Por conseguinte, a população foi submetida ao teste estatístico não-paramétrico de Mann-Whitney, que é adequado para testar se as distribuições, de duas amostras independentes, são iguais em localização, isto é, se uma população tende a ter valores maiores do que a outra, ou se elas possuem valores semelhantes (SIEGEL; CASTELLAN JR., 2006). Para a aplicação do teste são exigidos dois pressupostos: as duas amostras devem ser independentes e aleatórias, e as variáveis em análise devem ser numéricas ou ordinais, ambas condições são satisfeitas nesse estudo. A figura 2 apresenta um resumo da análise estatística realizada.

Figura 2 - Esquema resumo da análise estatística dos dados

Fonte: Elaborado pela autora

3.4.Hipóteses testadas

As hipóteses a seguir foram elaboradas e testadas:

1ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

2ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

3ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

4ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

5ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

6ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

7ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

8ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada

processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

9ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

No capítulo 4 serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa de acordo com os objetivos traçados.

4. RESULTADOS

A partir dos dados coletados, procedeu-se à organização, análise e interpretação dos resultados. Nesta seção, será apresentada uma análise geral dos dados, por meio de percentuais e gráficos. Os itens dessa primeira análise demonstraram: locais de distribuição dos processos (local); medicamentos solicitados (nomes dos medicamentos); tutela antecipada (com ou sem antecipação de tutela). Posteriormente, as variáveis “custos relacionados ao processo” (*CP*); “custos dos medicamentos solicitados em cada processo” (*CM*) e “tempo em que o processo está ou esteve em trânsito (*t*)” serão analisadas estatisticamente em cada grupo comparando-se os processos classificados como “RENAME” e “não RENAME”. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste de normalidade e teste de Mann-Whitney.

4.1. Análise geral

A fim de possibilitar um panorama geral, buscando apresentar as principais características dos processos analisados, todos os grupos foram analisados juntos. Inicialmente, foram coletadas as informações referentes às demandas solicitadas à DRS de Ribeirão Preto/SP no período de janeiro de 2013 a julho de 2015. A etapa inicial resultou em um total de 14955 solicitações, das quais 6497 consistiam em demandas por medicamentos, o que representou cerca de 43,44% das solicitações.

Comparando-se tal fato ao que foi apontado por Filho, Chieffi e Correa (2010), que analisaram as demandas judiciais solicitadas ao Estado de São Paulo no ano de 2010, observa-se que na região abrangida por Ribeirão Preto/SP as demandas por medicamentos foram menos frequentes do que as solicitações ao Estado de São Paulo, que representavam 66,1% das solicitações.

Tal fato explicita a importância de se analisar a fundo cada região, pois conforme demonstrado, apesar de ambas as pesquisas estudaram um mesmo Estado, as diferenças entre as regiões abrangidas pode mostrar diferenças entre o perfil das

demandas judiciais. Como é o caso também de Diniz, Machado e Penalva (2014), que estudaram demandas judiciais cíveis por acesso à assistência em saúde no Distrito Federal de 2005 a 2010 e observaram que 66% das demandas solicitavam leitos em UTI e apenas 15% demandavam medicamentos, corroborando a reflexão sobre a influência da região de estudo no perfil das demandas judiciais.

Após a definição do foco da presente pesquisa na análise das demandas por medicamentos, o presente trabalho separou as solicitações em grupos, de acordo com a classe do processo, visando agrupá-las conforme o andamento dos processos. São elas: 1463 ações civis públicas que representaram 22,5% das demandas; 2056 ritos ordinários, ou seja, 31,6% das solicitações; 2968 ritos sumaríssimos, que resultam em 45,7% das ações; 3 medidas cautelares representando apenas 0,05% das demandas; e somente 7 mandados de segurança, ou seja, apenas 0,1% das demandas. O gráfico 1 ilustra a composição percentual da população de ações por medicamentos segundo a classe dos processos.

Gráfico 1 – Composição percentual da população de medicamentos segundo a classe do processo

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se analisar os tipos de classes de processos, comparando-se novamente os achados nesta pesquisa com aqueles divulgados por Filho, Chieffi e Correa (2010), nota-se uma mudança na classe das ações encontradas. Enquanto no trabalho de Filho, Chieffi e Correa (2010) os mandados de segurança representavam 51% dos tipos de ações contra o Estado de São Paulo, no presente estudo eles representam apenas 0,1%

do tipo de ação. Tal fato, pode encontrar justificativa na afirmativa de Gandini, Barione e Souza (2010) que apontam a impropriedade da utilização do mandado de segurança para pleitear a assistência farmacêutica.

Já no Estado de Minas Gerais, em pesquisa sobre demandas judiciais de procedimentos de média e alta complexidade, os resultados de Gomes et al. (2014) mostraram que a maioria das solicitações (73%) se deram por meio de ritos ordinários. Tais diferenças podem indicar que questões como região, período e tipo de demanda (medicamento, insumos, procedimentos etc) podem influenciar na classe do processo, o que pode demonstrar espaço a ser explorado em pesquisas futuras.

Após a seleção das demandas por medicamentos e posterior separação dos grupos segundo a classe do processo, foram definidos os tamanhos amostrais de cada grupo, conforme apresentação detalhada anteriormente na metodologia, obtendo-se um total de 980 solicitações de medicamentos à DRS de Ribeirão Preto/SP no período de janeiro de 2013 a julho de 2015.

Cada processo judicial analisado na amostra foi classificado ainda como “RENAME” ou “não RENAME”, de acordo com o que foi descrito anteriormente na metodologia. Analisando-se a totalidade da amostra, foi possível concluir que a maioria dos processos judiciais (85%) continham solicitações de medicamentos não incluídos na lista RENAME.

Além disso, ao se analisar cada grupo, observa-se que essa tendência se mantém, isto é, todos os grupos apresentam a maioria dos processos judiciais solicitando medicamentos não incluídos na lista RENAME, como é possível observar no gráfico 2.

Gráfico 2 – Composição percentual da amostra segundo a classificação do processo em “RENAME” ou “não RENAME” por classe de processo

Fonte: Dados da pesquisa

Tais resultados corroboram o que foi apontado por Messeder, Osório-de Castro e Luiza (2005), ao discutirem que embora haja avanços do SUS desde sua criação, o Estado parece ainda falhar na garantia ao acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais. Segundo as autoras, o Brasil vive um fenômeno que está desestruturando a política de medicamentos, comprometendo os orçamentos para adquiri-los, já que tornou-se frequente a reivindicação por parte do cidadão, via sistema judiciário, da aquisição de medicamentos que não constam nas relações de medicamentos essenciais (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

Semelhante a esses resultados, Machado et al. (2011) estudaram processos judiciais com pedidos de medicamentos de 2005 a 2006 no Estado de Minas Gerais e observaram que apenas 19,6% dos medicamentos solicitados nas ações judiciais estavam presentes na lista RENAME. A partir dos apontamentos anteriores, é relevante suscitar a discussão de Vieira e Zucchi (2007), que afirmam que a solicitação de medicamentos ofertados pelo SUS pode indicar falhas na garantia de acesso ou ainda desconhecimento por parte do prescritor ou do requerente quanto ao oferecimento de tais medicamentos, sugerindo deficiências na gestão das políticas farmacêuticas.

4.1.1. Locais de distribuição dos processos

O gráfico 3 permite a visualização da distribuição do percentual de processos entre as localidades abrangidas pela DRS de Ribeirão Preto/SP.

Gráfico 3 – Distribuição do percentual de processos entre as localidades

Fonte: Dados da pesquisa

A cidade de Ribeirão Preto/SP apresentou o maior recebimento desses processos, com quase 31% do recebimento de processos, o que pode estar ligado ao fato do município o maior da região. Tal resultado, vai ao encontro dos apontamentos de Pepe et al. (2010), em estudo de demandas judiciais no Estado do Rio de Janeiro/Brasil, que encontraram a maior concentração de ações judiciais na capital, onde havia maior contingente populacional e que, acredita-se possuir maior acesso a serviços jurídicos e de saúde.

No entanto, Sertãozinho/SP, figurou como a segunda cidade a receber a maior parte dessas demandas, com cerca de 21% dos processos. Fato contrastante ao se analisar a diferença do tamanho da população destas cidades. Apesar de ambas juntas, receberem mais da metade dos processos analisados, segundo dados do IBGE (2017a) a

população estimada em 2016 de Ribeirão Preto/SP foi de 674405 pessoas enquanto a cidade de Sertãozinho/SP possuía quase cinco vezes menos habitantes, contando com a estimativa de 121412 pessoas IBGE (2017b).

Os resultados vão ao encontro dos achados no trabalho de (GOMES et al., 2014), que ao analisarem a razão de processos pela população, cidades como Carmo do Cajuru e Ritanópolis, apresentaram uma maior proporção de processos que cidades como Belo Horizonte e Divinópolis.

4.1.2. Medicamentos solicitados

A tabela 2 mostra os principais medicamentos solicitados. Diante da análise da tabela, é relevante destacar que no total de processos analisados, foram solicitados 1746 medicamentos. Desse total, figuraram 410 tipos diferentes de medicamentos, dos quais o item insulina foi o mais recorrente representando 5,3% dos medicamentos solicitados. Na tabela 3, foram destacados os 19 tipos de medicamentos que representaram até 1% das solicitações. Os demais medicamentos solicitados, cuja ocorrência representou menos de 1% foram agrupados e apresentados como “outros medicamentos”, totalizando 391 tipos diferentes de medicamentos, o que figurou 66,7% das solicitações. Com isso, percebe-se que a maioria dos medicamentos solicitados nas demandas judiciais por medicamentos encontra-se bastante diversificada.

Tabela 2 – Principais medicamentos solicitados

Principais medicamentos solicitados	Número de solicitações	Percentual
Insulina	92	5,3%
Rivaroxabana	62	3,6%
Ranibizumabe	43	2,5%
Cloridrato De Cinacalcete	37	2,1%
Vitaminas	36	2,1%
Quetiapina	33	1,9%
Metilfenidato	32	1,8%
Clopidogrel	30	1,7%
Metformina + Vildagliptina	25	1,4%
Carvedilol	23	1,3%
Memantina	23	1,3%
Omeprazol	19	1,1%
Venlafaxina	19	1,1%
Vildagliptina	19	1,1%
Ácido Acetilsalicílico	18	1,0%
Cloridrato De Duloxetina	18	1,0%
Etexilato De Dabigatran	18	1,0%
Sinvastatina	18	1,0%
Diosmina + Vitamina P	17	1,0%
Outros medicamentos (individualmente demanda inferior a 1%)	1204	66,7%
Total de medicamentos solicitados	1786	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

Torna-se relevante ainda observar as diferenças entre os medicamentos solicitados ao longo do tempo, corroborando os apontamentos de Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005), que analisaram os resultados de sua pesquisa separando os pedidos de medicamentos de acordo com o ano de início do processo, percebendo claramente um padrão nos pedidos. Até 1998, observaram, quase que exclusivamente, pedidos de antiretrovirais. A partir de 1999, pela variabilidade de condições patológicas entre os impetrantes das ações, ocorreu uma grande diversificação com relação aos

medicamentos pleiteados. O que vai ao encontro dos resultados desta pesquisa, que mostra uma grande variabilidade dos medicamentos solicitados, fato que pode demonstrar a dificuldade do poder público em antever as necessidades de medicamentos da população.

Diante dessas circunstâncias, é relevante citar Machado et al. (2011) que apontam a grande interferência da judicialização nas políticas de saúde, transformando-se em pressão para a incorporação de medicamentos pelo setor público, cujo mecanismo pode gerar efeitos positivos, já que induz a atualização dos programas/protocolos que precisam acompanhar o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre as práticas terapêuticas. Ao passo que a gestão pública pode perceber que é mais oportuno e viável programar a aquisição e distribuição de determinados medicamentos do que atender às liminares judiciais. Entretanto, ao incorporá-los à rotina da assistência farmacêutica sob pressão, existe o risco de fazê-lo de forma não atenta a critérios como eficácia, segurança e prioridades sanitárias da população (MACHADO et al., 2011).

Os resultados apontam que, na região estudada o, medicamento solicitado judicialmente com maior frequência foi a insulina, achado semelhante ao trabalho de Filho, Chieffi e Correa (2010) que ao estudarem as demandas judiciais no Estado de São Paulo no ano de 2010, também concluíram que a insulina representou o medicamento mais solicitado e justificaram tal ocorrência em razão da elevada participação do diabetes mellitus como a patologia mais frequentemente encontrada entre os pacientes que recorreram à justiça contra a SES-SP.

4.1.3. Tutela antecipada

A antecipação de tutela consiste em um tipo de decisão judicial na qual o Juiz, se baseia em provas apresentadas pelo reivindicante, analisando se o “perigo da demora” do procedimento judicial, necessário para o julgamento do processo, pode resultar em violação irreparável do direito do autor do processo, p.ex., agravamento de seu estado de saúde. Além disso, o juiz também examina, mesmo em caráter provisório, se o pedido está amparado por lei (VENTURA et al., 2010).

Segundo Ventura et al. (2010), a antecipação da tutela judicial consiste em um ato de caráter excepcional na lei processual brasileira. Porém nas demandas judiciais de saúde, vem se tornando cada vez mais frequente.

A análise da totalidade de processos nessa pesquisa, mostrou que 43% dos processos estudados solicitaram a antecipação de tutela. Foi possível verificar que a maioria dos processos estudados não solicitou a antecipação de tutela. No entanto, ao se analisar cada grupo, nota-se que nos ritos sumaríssimos, a maioria dos processos continha tutela antecipada. O gráfico 4 permite visualizar a porcentagem de processos com ou sem antecipação de tutela de acordo com cada classe.

Gráfico 4 – Percentual de processos com ou sem antecipação de tutela por classe de processos

Fonte: Dados da pesquisa

Comparando-se o presente trabalho com os resultados de Gomes et al. (2014), que analisaram demandas judiciais de procedimentos de média e alta complexidade no Estado de Minas Gerais, houve maior frequência desses pedidos (98%). Em estudo das demandas judiciais cíveis por acesso à assistência em saúde no Distrito Federal, Diniz, Machado e Penalva (2014) também encontraram na maior parte das solicitações o pedido de liminar. Como ambos os trabalhos citados analisavam procedimentos e assistência, pode-se discutir a urgência dos tipos de demanda predominantes, que podem divergir dos casos dos medicamentos. Nesse caso, torna-se importante refletir

sobre aquilo que é demandado, já que podem haver diferenças na urgência do que é demandado, implicando em necessidade de se antecipar a tutela ou não.

Buscando possibilitar uma visão resumida das características gerais observadas, foi elaborado um quadro geral (Quadro 2).

Quadro 2 - Resumo análise geral

Características observadas	Apontamentos gerais encontrados nesta pesquisa	Referências discutidas
Demandas por medicamentos	A etapa inicial resultou em um total de 14955 solicitações à DRS XIII, das quais 6497 consistiam em demandas por medicamentos, o que representou cerca de 43,44% das solicitações.	(FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010); (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014); (GANDINI; BARIONE;
Classe dos processos	Das 6497 demandas por medicamentos, encontraram-se: 1463 ações civis públicas (22,5%); 2056 ritos ordinários (31,6%); 2968 ritos sumaríssimos (45,7%); 3 medidas cautelares (0,05%) e 7 mandados de segurança (0,1%).	(FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010); (GOMES et al., 2014)
Processos “RENAME” e “não RENAME”	A maioria dos processos judiciais (85%) continham solicitações de medicamentos não incluídos na lista RENAME.	(MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005); (VIEIRA; ZUCCHI, 2007); (MACHADO et al., 2011)
Locais de distribuição dos processos	A cidade que mais recebeu processos da região estudada foi Ribeirão Preto/SP, com 31% dos processos recebidos. Ao passo que a cidade de Sertãozinho/SP, apesar de possuir uma população cerca de cinco vezes menor, figurou como a segunda cidade a receber o maior volume dos processos analisados da região, recebendo cerca de 21% dos processos analisados.	PEPE et al. (2010); (GOMES et al., 2014)
Medicamentos solicitados	Das solicitações analisadas, foram solicitados 410 diferentes medicamentos, dos quais o item insulina foi o mais recorrente representando 5,3% dos medicamentos solicitados. Dos demais medicamentos solicitados, 66,7% deles, não representaram sequer mais de 1% das solicitações. Tal fato demonstra que a maioria dos medicamentos solicitados nas demandas judiciais por medicamentos encontra-se bastante diversificada.	(MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005); (MACHADO et al., 2011); (FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010)
Tutela antecipada	Foi possível verificar que a maioria dos processos estudados (57%) não solicitou a antecipação de tutela	(VENTURA et al., 2010). ; (GOMES et al., 2014); (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2. Análise estatística

A análise estatística dos dados será apresentada de acordo com cada hipótese formulada e cada subseção tratará de uma variável analisada.

4.2.1. Variável analisada: tempo de tramitação do processo (t)

1ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 3 – Resumo da análise estatística dos dados testados na primeira hipótese

	Variável analisada	Tempo de tramitação do processo (t)	
	GRUPO	AÇÃO CIVIL PÚBLICA	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	58	247
	Valor máximo	1.528 dias	1.823 dias
	Valor mínimo	105 dias	4 dias
	Média	529 dias	481 dias
	Mediana	495 dias	391 dias
	Desvio padrão	281 dias	277 dias
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	0,0037	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	166,8	149,8
	Soma dos postos	9673	36993
	Mann-Whitney U	6365	
	Valor-p	0,1871	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados analisados não apresentaram distribuição normal, a um nível de significância de 95%, uma vez que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Desse modo foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, constatou-se não haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=6365$, $p=0,1871$). Assim, concluiu-se que as ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram tempo de tramitação (t) estatisticamente semelhante àqueles processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME.

O gráfico 5 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada subgrupo é a mediana.

Gráfico 5 – Distribuição dos dados analisados na primeira hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

2ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 4 – Resumo da análise estatística dos dados testados na segunda hipótese

	Variável analisada	Tempo de tramitação do processo (t)	
	GRUPO	RITO ORDINÁRIO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	47	277
	Valor máximo	1.498 dias	3.381 dias
	Valor mínimo	92 dias	28 dias
	Média	698 dias	768 dias
	Mediana	679 dias	723 dias
	Desvio padrão	338 dias	401 dias
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	0,2353	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Sim	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	149,50	164,70
	Soma dos postos	7026	45624
	Mann-Whitney U	5898	
	Valor-p	0,3043	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

Uma vez que parte dos dados analisados não apresentaram distribuição normal (subgrupo “não RENAME”), a um nível de significância de 95%, apresentando o valor-

p do teste de normalidade menor que 0,05, não foi possível realizar um teste estatístico paramétrico. Portanto, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, constatou-se não haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=5898$, $p=0,3043$). Assim, os ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o tempo de tramitação (t) estatisticamente semelhante aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

O gráfico 6 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 6 – Distribuição dos dados analisados na segunda hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

3ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 5 – Resumo da análise estatística dos dados testados na terceira hipótese

	Variável analisada	Tempo de tramitação do processo (t)	
	GRUPO	RITO SUMARÍSSIMO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	41	300
	Valor máximo	1.389 dias	2.434 dias
	Valor mínimo	31 dias	21 dias
	Média	470 dias	448 dias
	Mediana	396 dias	391 dias
	Desvio padrão	274 dias	289 dias
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	0,0012	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	181,4	169,6
	Soma dos postos	7438	50874
	Mann-Whitney U	5724	
	Valor-p	0,4729	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

O teste de normalidade aplicado aos dados demonstrou não se tratar de uma distribuição normal, ao nível de significância de 95%, tendo em vista que o valor-p foi

menor que 0,05. Assim, foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, utilizando o nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, constatou-se não haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=5724$, $p=0,4729$). Assim, os ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram tempo de tramitação do processo (t) estatisticamente semelhante aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

O gráfico 7 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 7 – Distribuição dos dados analisados na terceira hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos resultados permite a verificação de que, em todos os grupos, ou seja, em todos os ritos processuais analisados (ação civil pública, rito ordinário e rito sumaríssimo), a variável “tempo de tramitação” (t) não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos “RENAME” ou “não RENAME”. O que pode demonstrar que os custos de transação relacionados ao tempo podem estar mais fortemente associados ao rito processual em si, do que ao fato de o medicamento solicitado pertencer ou não à lista “RENAME”. Em outras palavras, analisando-se cada tipo de rito, pertencer ou não à lista RENAME não altera os custos de transação relacionados ao tempo de tramitação do processo.

No entanto, considerando-se os objetivos específicos da presente pesquisa em comparar valores e tempos concernentes aos processos, optou-se por separar as ações judiciais segundo o tipo de rito a que pertenciam, a fim de se manter o registro já contido no SCODES e também buscando preservar a comparabilidade do tempo, uma vez que cada rito processual segue determinados procedimentos segundo as características das causas como o valor ou a natureza delas (MAPELLI JUNIOR, 2015). O autor cita a existência de ritos ou procedimentos mais rápidos e outros mais complexos, alguns com prazo probatório maior (possibilidade de apresentação de provas) e outros que não permitem a produção de provas. Dessa forma, as demandas permaneceram separadas em grupos, segundo a tipologia dos ritos ou procedimentos definida pelo SCODES.

Em pesquisa realizada por Sartori Junior et al. (2012) sobre a judicialização do acesso a medicamentos de alto custo para doenças genéticas raras, os autores encontraram um tempo mediano de andamento processual de 266 dias, sendo o tempo máximo encontrado de 875 dias. A diferença entre o resultado da presente pesquisa e os resultados apontados por Sartori Junior et al. (2012) podem decorrer do fato de os autores terem analisado medicamentos de alto custo e pelo fato de que a análise contemplou apenas 13 processos.

Mais recentemente, Britto (2016) analisou 157 ações judiciais do Tribunal de Justiça da Bahia no que se refere às demandas de acesso a medicamentos do SUS, entre 2012 e 2014. O estudo apontou o prazo médio de julgamento de 270 dias e mediana de 104 dias, sendo o tempo máximo encontrado de 1891 dias. É relevante destacar que, tais divergências nos resultados obtidos, podem ter fundamento no volume de processos

judiciais analisados, já que o presente estudo analisou um volume expressivamente maior de ações, quase dez vezes maior. Além do fato de que a região de estudo também foi diferente.

Tanto no estudo de Sartori Junior et al. (2012) quanto de Britto (2016) os dados analisados pelos autores, não diferenciaram o rito processual para a consideração do tempo de tramitação dos processos, o que também pode ter levado às diferenças nos resultados. Neste trabalho, ao se comparar os tempos de tramitação do processo entre os grupos é possível observar que o grupo com maior mediana (679 dias e 723 dias) é aquele que estuda os ritos ordinários. Corroborando o citado por Sartori Junior et al. (2012) que discute que o processo de rito comum ordinário por possuir ampla instrução a partir de todos os tipos de prova, apresenta ciclo lento até que se tenha uma sentença,

A análise estatística permitiu ainda verificar que, embora os medicamentos incluídos na lista RENAME representem o conjunto dos medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS (BRASIL, 2015), segundo os dados desta pesquisa, eles levam tempo semelhante para tramitação do processo (t) aos processos que solicitaram medicamentos não presentes na lista RENAME.

Analisando-se os resultados sob a ótica dos custos de transação, observa-se que o tempo despendido para tramitação desses processos, pode representar um custo de transação, corroborando o exposto por Williamson (1985) que apontou custos *ex post* à elaboração do contrato relacionados a custos de ajuste e adaptação contratual, causados por falhas, erros, omissões e mudanças inesperadas no contrato. Uma vez que o contrato de medicamentos a serem ofertados aos usuários do SUS parece ter falhado e omitido medicamentos demandados agora judicialmente, culminando em custos pós-contratuais.

Corroborando o exposto por Gandini, Barione e Souza (2010), que apontam que, embora a judicialização da saúde tenha como foco a saúde do paciente e a deficiência das políticas públicas de assistência farmacêutica, deve-se lembrar que a atividade do judiciário também visa a efetividade e preservação do patrimônio público. Assim, na propositura da ação, é necessário cautela, pois em muitos casos pode-se evitar a demanda judicial ou, ainda, evitar que ela se prolongue no tempo, causando prejuízos ao paciente e ao erário (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2010). Denotando, desse modo, a importância do tempo dispensado na tramitação destas ações.

4.2.2. Variável analisada: custos relacionados ao processo (CP)

4ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 6 – Resumo da análise estatística dos dados testados na quarta hipótese

	Variável analisada	Custos relacionados ao processo (CP)	
	GRUPO	AÇÃO CIVIL PÚBLICA	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	58	247
	Valor máximo	R\$ 15.060,00	R\$ 72.700,00
	Valor mínimo	R\$ 1.000,00	R\$ 724,00
	Média	R\$ 1.969,00	R\$ 2.074,00
	Mediana	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00
	Desvio padrão	R\$ 2.535,00	R\$ 5.356,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	146,00	154,60
	Soma dos postos	8468	38198
	Mann-Whitney U	6757	
	Valor-p	0,4917	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados analisados não apresentaram distribuição normal, a um nível de significância de 95%, uma vez que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Portanto, procedeu-se a aplicação do teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. O valor-p encontrado foi maior que 0,05, o que levou à conclusão de que não havia evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=6757$, $p=0,4917$). Assim, as ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram custos relacionados ao processo (CP) estatisticamente semelhantes aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME.

O gráfico 8 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada subgrupo é a mediana. No entanto, como os dados apresentaram uma amplitude acentuada, com o valor mínimo de R\$ 724,00 e o valor máximo de R\$ 72700,00, graficamente tornou-se difícil observar a mediana dos subgrupos, uma vez que ela estava bem próxima do valor mínimo. Porém, apesar desta dificuldade, o gráfico possibilita observar a concentração de metade dos valores em ambos subgrupos abaixo da mediana, ou seja, 50 % dos custos relacionados ao processo (CP) são menores que R\$ 1300,00.

Gráfico 8 – Distribuição dos dados analisados na quarta hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

5ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 7 – Resumo da análise estatística dos dados testados na quinta hipótese

	Variável analisada	Custos relacionados ao processo (CP)	
	GRUPO	RITO ORDINÁRIO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	47	277
	Valor máximo	R\$ 112.050,00	R\$ 454.025,00
	Valor mínimo	R\$ 162,00	R\$ 60,00
	Média	R\$ 10.081,00	R\$ 11.928,00
	Mediana	R\$ 2.900,00	R\$ 2.500,00
	Desvio padrão	R\$ 18.511,00	R\$ 34.069,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	167,90	161,60
	Soma dos postos	7892	44758
	Mann-Whitney U	6255	
	Valor-p	0,6694	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da análise dos dados, observou-se que os mesmos não apresentavam distribuição normal, para o nível de significância de 95%, já que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Desse modo, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também ao nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, inferiu-se não haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=6255$, $p=0,6694$). Assim, os ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram custos relacionados ao processo (CP) estatisticamente semelhantes aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

O gráfico 9 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 9 – Distribuição dos dados analisados na quinta hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

6ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 8 – Resumo da análise estatística dos dados testados na sexta hipótese

	Variável analisada	Custos relacionados ao processo (CP)	
	GRUPO	RITO SUMARÍSSIMO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	41	300
	Valor máximo	R\$ 55.400,00	R\$ 120.680,00
	Valor mínimo	R\$ 60,00	R\$ 38,00
	Média	R\$ 3.670,00	R\$ 4.528,00
	Mediana	R\$ 1.224,00	R\$ 934,00
	Desvio padrão	R\$ 9.860,00	R\$ 14.583,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	176,90	170,20
	Soma dos postos	7253	51058
	Mann-Whitney U	5908	
	Valor-p	0,6839	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da análise dos dados, verificou-se que os mesmos não possuíam distribuição normal, para um nível de significância de 95%, pois o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Assim, os dados foram submetidos ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, ao nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, concluiu-se que não havia evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=5908$, $p=0,6839$). Assim, os ritos sumaríssimos que solicitaram medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram custos relacionados ao processo (CP) estatisticamente semelhantes aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

O gráfico 10 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 10 – Distribuição dos dados analisados na sexta hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

A fim de discutir os resultados, há que se destacar que o estudo dos custos processuais associados às demandas judiciais por medicamentos ainda permanece pouco explorado, como é possível visualizar pelos apontamentos seguintes. Pereira et al. (2010) analisaram a situação de processos judiciais contra a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina determinando fornecimento de medicamentos em 2003 e 2004 e mensuraram os valores dos custos de aquisição dos medicamentos fornecidos; porém enfatizaram desde então a existência de gastos inerentes aos recursos humanos e físicos envolvidos e referentes à própria tramitação dos processos que não foram computados.

Também, em trabalho recente, Santana (2016) apontou que a solicitação e a concessão de processos judiciais têm custos, financeiros e sociais. Citando o caso do Rio Grande do Norte que em 2008 gastou cerca de 14 milhões de reais com demandas judiciais envolvendo a saúde, somente com medicamentos e tratamentos, sem considerar as custas processuais que oneram a justiça e órgãos envolvidos com o acesso à justiça e o andamento processual.

Desta forma, no presente estudo a variável “custos relacionados ao processo” (CP) foi analisada e observou-se que, não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos “RENAME” ou “não RENAME”. Assim, é válido destacar que os resultados podem indicar que os custos de transação relacionados ao processo podem estar mais fortemente associados ao rito processual em si, do que ao fato de o medicamento solicitado pertencer ou não à lista “RENAME”. Em outras palavras, pertencer ou não à lista RENAME não altera os custos de transação relacionados ao processo em cada rito processual estudado.

No caso da ação civil pública, existe a particularidade da representação ser específica, ou seja, só pode ser feita pelo Ministério Público, Defensoria e Associações, destinando-se à defesa de direitos específicos (TRAVASSOS et al., 2013). Tal particularidade de representação, pode explicar os custos processuais semelhantes neste tipo de ação, uma vez que as partes representantes acabam sendo mais homogêneas.

Pepe, Ventura, et al. (2010) inferiram ainda que, possivelmente, no caso do reivindicante beneficiado com a gratuidade de justiça e representado pela Defensoria Pública, as despesas judiciais em geral são pontuais e bem menores do que as de despesas com alguns tratamentos de saúde.

Por outro lado, no que tange aos honorários de advogados, Medeiros, Diniz, & Doederlein Schwartz (2013) apontam que as empresas distribuidoras de medicamentos e as indústrias farmacêuticas, possuem potencial interesse na judicialização e, por isso, chegam a arcar com os honorários de advogados e destacam haver expressiva concentração de advogados privados.

Assim, nota-se que as pesquisas dos custos relacionados aos processos apresenta-se ainda incipiente e com focos de análise dispersos, não havendo um consenso sobre tais custos, o que pode indicar um campo de pesquisa a ser explorado futuramente.

2.2.1. Variável analisada: custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)

7ª Hipótese:

H_0 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 9 – Resumo da análise estatística dos dados testados na sétima hipótese

	Variável analisada	Custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	
	GRUPO	AÇÃO CIVIL PÚBLICA	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	58	247
	Valor máximo	R\$ 7.338,00	R\$ 57.911,00
	Valor mínimo	R\$ 1,65	R\$ 4,32
	Média	R\$ 889,20	R\$ 1.311,00
	Mediana	R\$ 60,03	R\$ 166,90
	Desvio padrão	R\$ 1.941,00	R\$ 4.418,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	110,60	163,00
	Soma dos postos	6414	40251
	Mann-Whitney U	4703	
	Valor-p	<0,0001	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Sim	

Fonte: Dados da pesquisa

O teste de normalidade aplicado aos dados mostrou o valor-p menor que 0,05, levando à conclusão de que os dados não apresentavam distribuição normal, a um nível de significância de 95%. Logo, os dados foram submetidos ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. Tendo em vista que o valor-p encontrado foi menor que 0,05, as evidências estatísticas levaram à rejeição da hipótese nula ($U=4703$, $p<0,0001$). Desse modo, a análise mostrou que as ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) diferente dos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME. Analisando-se ainda a média dos postos (“RENAME”=110,60, “não RENAME”=163,00), torna-se possível inferir que o subgrupo de processos que solicitaram medicamentos não constantes na

lista RENAME apresentaram maiores custos dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) do que o subgrupo de processos solicitando medicamentos incluídos na lista RENAME.

O gráfico 11 apresenta ainda a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada subgrupo é a mediana. Graficamente, nota-se também dificuldade em observar a linha indicativa da mediana, em razão da grande amplitude dos dados, com o valor mínimo de R\$ 1,65 e o valor máximo de R\$ 57911,00, graficamente tornou-se difícil observar a mediana dos grupos, uma vez que ela estava bem próxima do valor mínimo. No entanto, o gráfico 11 permite visualizar a concentração de metade dos valores em ambos os grupos abaixo da mediana, ou seja, 50% dos custos relacionados ao processo (CP) são menores que R\$ 60,03 para o subgrupo “RENAME” e R\$ 166,90 para o subgrupo “não RENAME”.

Gráfico 11 – Distribuição dos dados analisados na sétima hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

8ª Hipótese:

H_0 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 10 – Resumo da análise estatística dos dados testados na oitava hipótese

	Variável analisada	Custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	
	GRUPO	RITO ORDINÁRIO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	47	277
	Valor máximo	R\$ 36.551,00	R\$ 107.584,00
	Valor mínimo	R\$ 0,60	R\$ 1,16
	Média	R\$ 3.237,00	R\$ 2.195,00
	Mediana	R\$ 195,50	R\$ 155,70
	Desvio padrão	R\$ 7.144,00	R\$ 8.164,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	161,60	162,7
	Soma dos postos	7595	45056
	Mann-Whitney U	6467	
	Valor-p	0,9428	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Não	

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados analisados não apresentaram distribuição normal, a um nível de significância de 95%, uma vez que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Por isso, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi maior que 0,05, constatou-se não haver evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula ($U=6467$, $p=0,9428$). Assim, os ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) estatisticamente semelhantes aos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

O gráfico 12 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 12 – Distribuição dos dados analisados na oitava hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

9ª Hipótese:

H_0 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

H_1 : Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) não apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME).

Quadro 11 – Resumo da análise estatística dos dados testados na nona hipótese

	Variável analisada	Custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	
	GRUPO	RITO SUMARÍSSIMO	
	Subgrupos	RENAME	NÃO RENAME
Estatística descritiva	N	41	300
	Valor máximo	R\$ 18.331,00	R\$ 57.911,00
	Valor mínimo	R\$ 2,25	R\$ 7,68
	Média	R\$ 862,00	R\$ 622,20
	Mediana	R\$ 66,20	R\$ 137,70
	Desvio padrão	R\$ 3.163,00	R\$ 3.465,00
Teste de normalidade D'Agostino & Pearson	Valor-p	<0,0001	<0,0001
	Passou no teste de normalidade ($\alpha = 0,05$)	Não	Não
Teste estatístico Mann-Whitney	Média dos postos	111,60	179,10
	Soma dos postos	4576	53736
	Mann-Whitney U	3715	
	Valor-p	<0,0001	
	Houve diferença estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$)	Sim	

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados analisados não apresentaram distribuição normal, a um nível de significância de 95%, uma vez que o valor-p do teste de normalidade aplicado aos dados foi menor que 0,05. Desse modo foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, também a um nível de confiança de 95%. Como o valor-p encontrado foi menor que 0,05, as evidências estatísticas levam à rejeição da hipótese nula ($U=3715$, $p<0,001$). Assim, os ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME (RENAME) apresentaram custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) diferente dos processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME (não RENAME). Sendo que, ao se analisar a soma dos postos (“RENAME”=111,60 ; “não RENAME”=179,10), foi possível inferir que o custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) dos processos “não RENAME” foi estatisticamente maior do que o custo dos medicamentos de processos contendo demandas presentes na lista RENAME.

O gráfico 13 apresenta a distribuição dos dados analisados. A linha presente nas barras representativas de cada grupo é a mediana.

Gráfico 13 – Distribuição dos dados analisados na nona hipótese

Fonte: Dados da pesquisa

A análise da variável “custo dos medicamentos solicitados em cada processo” (CM), mostrou que para as ações civis públicas e para os ritos sumaríssimos houve diferença estatisticamente significativa entre o custo dos medicamentos solicitados, sendo que, em ambos os grupos, os custos de medicamentos não incluídos na lista RENAME foram maiores. Foi possível observar ainda que apenas os ritos ordinários não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos “RENAME” ou “não RENAME”.

Nos grupos de ações civis públicas e ritos sumaríssimos, os resultados corroboraram os apontamentos de Picolini et al. (2016) que apontaram que a compra de

medicamentos por ação judicial pode gerar mais gastos quando comparada com compras programadas por outros programas de acesso ao medicamento do SUS, uma vez que os valores estão acima do preço máximo estipulado para o varejo farmacêutico.

Tal resultado encontra justificativa quando analisado junto aos apontamentos de Martins (2013), que apontam a RENAME como a lista mais importante de medicamentos no Brasil, uma vez que norteia todas as ações da Assistência Farmacêutica e padroniza os medicamentos fornecidos pelo SUS. Pelo fato de orientar a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, ela apresenta medicamentos com menor custo nas etapas de armazenamento, distribuição, controle e tratamento.

No caso dos ritos ordinários, ao contrário dos outros grupos analisados, notou-se que o valor dos medicamentos solicitados não tem diferença estatisticamente significativa entre as demandas por medicamentos da lista RENAME e não RENAME. Tal resultado pode ter relação com as considerações feitas por Gandini, Barione e Souza (2010), que apontam as ações comuns, disciplinadas pelo Código de Processo Civil, normalmente de rito ordinário, como aquelas que na maioria dos casos solicitam medicamento de alto custo.

Por fim, com o intuito de possibilitar uma visão geral dos testes estatísticos utilizados, bem como dos resultados encontrados em cada teste desenvolveu-se o Quadro , que demonstra o resumo dos resultados estatísticos do estudo.

Quadro 12 – Resumo dos resultados da análise estatística da variável tempo de tramitação do processo (t)

Variável analisada	Grupo	Hipótese testada	Descrição	Decisão	Conclusão	Referências discutidas
Tempo de tramitação do processo (t)	Ação Civil Pública	1ª Hipótese	Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	O tempo de tramitação do processo (t) das ações civis públicas foi estatisticamente semelhante para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	MAPELLI JUNIOR (2015); SARTORI JUNIOR ET AL. (2012); BRITTO (2016); (BRASIL, 2015); WILLIAMS ON (1985); (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2007)
	Rito Ordinário	2ª Hipótese	Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	O tempo de tramitação do processo (t) dos ritos ordinários foi estatisticamente semelhante para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	
	Rito Sumaríssimo	3ª Hipótese	Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo tempo de tramitação (t) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	O tempo de tramitação do processo (t) dos ritos sumaríssimos foi estatisticamente semelhante para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 13 – Resumo dos resultados da análise estatística da variável custos relacionados ao processo (CP)

Variável analisada	Grupo	Hipótese testada	Descrição	Decisão	Conclusão	Referências discutidas
Custos relacionados ao processo (CP)	Ação Civil Pública	4ª Hipótese	Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	Os custos relacionados ao processo (CP) das ações civis públicas foram estatisticamente semelhantes para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	PEREIRA ET AL. (2010); SANTANA (2016); (TRAVASSOS et al., 2013); PEPE, VENTURA, ET AL. (2010); MEDEIROS, DINIZ E SCHWARTZ (2013)
	Rito Ordinário	5ª Hipótese	Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	Os custos relacionados ao processo (CP) dos ritos ordinários foram estatisticamente semelhantes para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	
	Rito Sumaríssimo	6ª Hipótese	Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram os mesmos custos relacionados ao processo (CP) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	Os custos relacionados ao processo (CP) dos ritos sumaríssimos foi estatisticamente semelhante para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 14 – Resumo dos resultados da análise estatística da variável custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)

Variável analisada	Grupo	Hipótese testada	Descrição	Decisão	Conclusão	Referências discutidas
Custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM)	Ação Civil Pública	7ª Hipótese	Ações civis públicas que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Rejeita-se H_0	O custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) das ações civis públicas foi estatisticamente diferente para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME, sendo maiores os custos daqueles não incluídos na lista RENAME	PICOLINI ET AL. (2016); MARTINS (2013); GANDINI, BARIONE E SOUZA (2010).
	Rito Ordinário	8ª Hipótese	Ritos ordinários que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Não se rejeita H_0	O custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) dos ritos ordinários foram estatisticamente semelhantes para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME	
	Rito Sumaríssimo	9ª Hipótese	Ritos sumaríssimos que solicitavam medicamentos presentes na lista RENAME apresentaram o mesmo custo dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) que os processos que solicitavam medicamentos não presentes na lista RENAME	Rejeita-se H_0	O custo dos medicamentos (CM) dos ritos sumaríssimos foi estatisticamente diferente para solicitações de medicamentos incluídos ou não na lista RENAME, sendo maiores os custos daqueles não incluídos na lista RENAME	

Fonte: Elaborado pela autora

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar os processos de judicialização de medicamentos na DRS de Ribeirão Preto/SP, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015.

A fim de alcançar o objetivo principal do estudo foram traçados objetivos específicos, que serviram de base para a estruturação e análise dos resultados, quais sejam: levantar as características gerais destes processos (demandas por medicamentos, classes dos processos, demandas incluídas ou não na lista RENAME, localidade, medicamentos solicitados e antecipação de tutela). Classificar estes processos segundo o tipo de medicamento solicitado (RENAME ou não RENAME). Identificar o tempo de tramitação destes processos (t), os custos processuais (CP) e custo total dos medicamentos demandados (CM), como possíveis custos de transação. Em cada classe de processo (grupos – “ação civil pública”; “rito ordinário”; “rito sumaríssimo”), comparar estatisticamente os custos anteriores (variáveis dependentes - “t”; “CP”; “CM”) entre o tipo de medicamento solicitado (“RENAME” ou “não RENAME” – variáveis independentes).

A primeira etapa da análise buscou demonstrar um panorama geral dos processos analisados, buscando apresentar suas principais características. A etapa inicial resultou em um total de 14955 solicitações à DRS XIII, das quais 6497 consistiam em demandas por medicamentos, o que representou cerca de 43,44% das solicitações. Das 6497 demandas por medicamentos, encontraram-se: 1463 ações civis públicas (22,5%); 2056 ritos ordinários (31,6%); 2968 ritos sumaríssimos (45,7%); 3 medidas cautelares (0,05%) e 7 mandados de segurança (0,1%).

A maioria dos processos judiciais (85%) continham solicitações de medicamentos não incluídos na lista RENAME. A cidade que mais recebeu processos da região estudada foi Ribeirão Preto/SP, com 31% dos processos recebidos. Ao passo que a cidade de Sertãozinho/SP, apesar de possuir uma população cerca de cinco vezes menor, figurou como a segunda cidade a receber o maior volume dos processos analisados da região, recebendo cerca de 21% dos processos analisados.

Das solicitações analisadas, foram solicitados 410 diferentes medicamentos, dos quais o item insulina foi o mais recorrente representando 5,3% dos medicamentos solicitados. Dos demais medicamentos solicitados, 66,7% deles, não representaram sequer mais de 1% das solicitações. Tal fato demonstra que a maioria dos medicamentos solicitados nas demandas judiciais por medicamentos encontra-se bastante diversificada. Foi possível verificar que a maioria dos processos estudados (57%) não solicitou a antecipação de tutela.

Posteriormente, procedeu-se à etapa de análise estatística das variáveis: custos relacionados ao processo (CP); custos dos medicamentos solicitados em cada processo (CM) e tempo em que o processo está ou esteve em trânsito (t). Tais análises foram realizadas para cada um dos grupos “ação civil pública”, “rito ordinário” e “rito sumaríssimo”, comparando-se sempre os processos classificados como “RENAME” e “não RENAME”.

A análise dos resultados permitiu observar que, em todos os grupos, ou seja, em todos os ritos processuais analisados (ação civil pública, rito ordinário e rito sumaríssimo), a variável “tempo de tramitação” (t) não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos “RENAME” ou “não RENAME”. O que pode demonstrar que os custos de transação relacionados ao tempo podem estar mais fortemente associados ao rito processual em si, do que ao fato de o medicamento solicitado pertencer ou não à lista “RENAME”. Em outras palavras, analisando-se cada tipo de rito, pertencer ou não à lista RENAME não altera os custos de transação relacionados ao tempo de tramitação do processo.

Com relação à variável “custos relacionados ao processo” (CP) verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos “RENAME” ou “não RENAME”. Assim, é válido destacar que os resultados podem indicar que os custos de transação relacionados ao processo podem estar mais fortemente associados ao rito processual em si, do que ao fato de o medicamento solicitado pertencer ou não à lista “RENAME”. Em outras palavras, pertencer ou não à lista RENAME não altera os custos de transação relacionados ao processo em cada rito processual estudado.

Já a análise da variável “custo dos medicamentos solicitados em cada processo” (CM), mostrou que para as ações civis públicas e para os ritos sumaríssimos houve diferença estatisticamente significativa entre o custo dos medicamentos solicitados, sendo

que, em ambos os grupos, os custos de medicamentos não incluídos na lista RENAME foram maiores. Foi possível observar ainda que apenas os ritos ordinários não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos “RENAME” ou “não RENAME”.

Nesse sentido, é importante destacar que estes resultados levam à criação de espaço para pesquisas futuras, buscando estudar os custos associados a estas demandas de modo mais qualitativo, uma vez que a presente pesquisa apresentou um enfoque mais quantitativo nestas variáveis. Além disso, a busca do possível custo de transação decorrente do tempo de tramitação desses processos foi quantificada apenas em dias. Portanto, neste trabalho, apenas o tempo despendido foi analisado, ou seja, a mensuração dos gastos associados a esse tempo permanece indeterminada, possibilitando espaço para estudos futuros. Outra limitação a ser levantada é a de que devido ao grande volume de demandas, para este estudo determinou-se por analisar apenas as demandas por medicamentos, no período de janeiro de 2013 a julho de 2015 na região abrangida pela DRS de Ribeirão Preto/SP, cujas características podem não ser passíveis de generalizações.

A partir destes resultados, espera-se contribuir com mais informações acerca do fenômeno da judicialização da saúde na DRS Ribeirão Preto/SP. Ademais, acredita-se que a busca pela determinação dos custos associados a essas demandas contribuirão para ampliar o conhecimento dos impactos financeiros desses processos, de modo a propiciar o desenvolvimento de mais pesquisas e reflexões na área.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Marcela Fernanda. Análise das características da judicialização da saúde no Estado de São Paulo. 2012. 116 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, 2012.

ANDRADE, E. I. G. et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil : gestão da clínica e medicalização da justiça. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 18, p. S46–S50, 2008.

BIEHL, J. et al. Judicialisation of the right to health in Brazil. *The Lancet*, v. 373, n. 9682, p. 2182–2184, 2009.

BIEHL, João et al. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health and Human Rights: an international journal*, v. 14, n. 1, 2012.

BORGES, D. D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 59–69, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 230.*

BRITTO, André Luiz Santos, A judicialização do acesso a medicamentos no SUS da Bahia. Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania, da Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública. 2016.

BRONZO, M.; HONÓRIO, L. O institucionalismo e a abordagem das interações estratégicas da firma. *RAE-eletrônica*, v. 4, n. 1, p. 18, 2005.

CHIAVASSA, R. et al. Direito à saúde : dever do Estado – considerações sobre a judicialização do acesso à saúde nas hipóteses de doenças raras access judicialization on rare diseases hypothesis. *J Bras Econ Saúde*, n. 1, p. 30–40, 2014.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 8, p. 1839–1849, 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. D. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 421–429, 2010.

COASE, R. H. The Nature of the Firm. *Economica*, v. 4, n. 16, p. 386–405, 1937.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O financiamento da saúde no Brasil : *Temporalis*, v. 1, p. 97–124, 2012.

CUBILLOS, L. et al. Universal health coverage and litigation in Latin America. *Journal of health organization and management*, v. 26, n. 3, p. 390–406, 2012.

CUNHA, C. F. DA; SAES, M. S. M.; MAINVILLE, D. Y. Análise da complexidade nas estruturas de governança entre supermercados e produtores agrícolas convencionais e orgânicos no Brasil e nos Estados Unidos: a influência do custo de transação e de mensuração. *Revista de Administração*, v. 48, n. 2, p. 341–358, 2013.

DAIN, P. S. Financiamento. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/financiamento>>. Acesso em 23 jan 2017.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. D. C.; PENALVA, J. A judicializacao da saude no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 591–598, 2014.

DUTRA ASENSI, Felipe. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, 2010.

FÁVERO, L. P. et al. Análise de dados – Modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil : Worsening health inequities ? *Health and Human Rights*, v. 11/2, p. 33–45, 2009.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*, v. 52, n. 1, p. 223–251, 2009.

FILHO, M. N.; CHIEFFI, A. L.; CORREA, M. C. M. M. A. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online)*, v. 7, n. 84, p. 18–30, 2010.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. DE. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. *Direito Administrativo Contemporâneo*, p. 77–110, 2010.

GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo, 4a ed., v. 5, 2002.

GOIS, P. H.; BORGES, W. J.; SOUZA, J. P. Estratégia e os aspectos de monitoramento/controle nos subsistemas estritamente coordenados. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, v. 11, n. 1, p. 204–224, 2012.

GOMES, F. DE F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 31–43, 2014.

HSIAO, W. What is a health system? Why should we care? *Harvard School of Public Health*, p. 5, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Panorama. População Estimada em 2016. Ribeirão Preto/SP. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>>. Acesso em 07/02/2017a.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Panorama. População Estimada em 2016. Sertãozinho/SP. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/sertaozinho/panorama>>. Acesso em 07/02/2017b.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, v. 3, n. 4, p. 305–360, 1976.

KLEIN, B.; CRAWFORD, R. G.; ALCHIAN, A. A. Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *The Journal of Law and Economics*, 1978.

LEITÃO, R. B. M. A.; LELIS, D. A. S. DE. A (in)aplicabilidade da análise de eficiência para a justiciabilidade de medicamentos. *Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito PPGDir./UFRGS*, v. XI, n. 3, p. 119–147, 2016.

MACHADO, F. R. D. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, n. 2, p. 73–91, 2008.

MACHADO, M. A. DE A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 1–11, 2011.

MAPELLI JÚNIOR, R. Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS. Tese apresentada à Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2015.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 345–362, 2012.

MARTINS, Carolina Machado Freire. Os efeitos da judicialização da saúde no orçamento público federal: a desprogramação na assistência farmacêutica. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) - Faculdade de Direito, University of São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/D.2.2013.tde-10112015-090439.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; DOEDERLEIN SCHWARTZ, I. V. The thesis of judicialization of health care by the elites: medication for mucopolysaccharidosis. *CIENCIA & SAUDE COLETIVA*, v. 18, n. 4, p. 1089–1098, 2013.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525–534, 2005.

NORTH, D. C. A transaction Cost Theory of Politics. *Journal of Theoretical Politics*, p. 335–367, 1990.

NORTH, D. C. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives*, v. 5, n. 1, p. 97–112, 1991.

OMS/WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 13 dez 2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, p. 11–31, 2011.

PEPE, V. L. E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 461–471, 2010a.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde coletiva*, v. 15, p. 2405–2414, 2010b.

PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3551–3560, 2010.

PICOLINI, V. M. et al. Análise de percentual econômico dos medicamentos adquiridos por via de ações judiciais Análise de percentual econômico dos medicamentos adquiridos por via de ações judiciais. *J Bras Econ Saúde*, v. 8(2), p. 125–131, 2016.

PORTAL DA SAÚDE. Intervenção Judicial na saúde pública. Disponível em: <[http://www.planejamento.sp.gov.br/noti_anexo/files/planejamento_orcamentos/2010/lei_orcam_2010.pdf](http://www.planejamento.sp.gov.br/noti_anexo/files/planejamento_orcamento/orcamentos/2010/lei_orcam_2010.pdf)>.

REVEIZ, L. et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, n. 3, p. 213–222, 2013.

RODRIGUEZ, Anna Maria Meyer Maciel. O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral: o retrato de um município de grande porte do Estado de São Paulo. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo; BECKER, Grace Vieira; DE MELLO, Maria Ivone. Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso . Editora Atlas SA, 2000.

SAMPIERI, R. H. .; COLLADO, C. F. .; LUCIO, P. B. Metodologia de pesquisa. 3 ed ed. São Paulo: McGraw-Hill:

SANTANA, B. F. M. DE. Judicialização da saúde e a necessidade de cooperação técnica entre os órgãos administrativos do Estado. *Iuris in Mente: Revista de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas*, v. 1, n. 1, p. 1-18, 2017.

SARTORI JUNIOR, D. et al. Court-ordered access to treatment of rare genetic diseases: Fabry Disease in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2717–28, 2012.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 1, p. 49–62, 2007.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2 ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SIMON, H. A. Administrative Behavior. 2a ed. New York: 1961.

SLOMSKI, Valmor. Controladoria e governança na gestão pública. Editora Atlas SA, 2005.

TAYLOR, M. M. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. Dados, v. 50, n. 2, p. 229–257, 2007.

TORRES, M. D. DE F. Estado, democracia e administração pública no Brasil. FGV Editora, Rio de Janeiro, 2004.

TRAVASSOS, D. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 11, p. 3419–3430, 2013.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. Social Science and Medicine, v. 121, p. 48–55, 2014.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.

VERISSIMO, M. P. A constituição de 1988, vinte anos depois: suprema corte e ativismo judicial “à brasileira”. Revista Direito GV, v. 4, n. 2, p. 407–440, 2008.

VIANA, E. A Governança corporativa no setor público municipal – um estudo sobre a eficácia da implementação dos princípios de governança nos resultados fiscais. [s.l.] Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

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

WANG, D. W. L.; OLIVEIRA, V. E. DE; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa 1. v. 48, n. 5, p. 1191–1206, 2014.

WILLIAMSON, O. E. Transaction Cost. The Economic Institutions of Capitalism, p. Available: The Economic Institutions of Capitalism, 1985.

WILLIAMSON, O. E. The logic of economic organization. *Journal of Law, Economics, & Organization*, v. 4, n. 1, p. 65–93, 1988.

WILLIAMSON, Oliver E. *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization*. 1975.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estatística descritiva da 1ª hipótese testada – grupo ação civil pública – tempo de tramitação do processo (t)

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	105.0	4.000
4	25% Percentile	292.5	286.0
5	Median	495.0	391.0
6	75% Percentile	703.5	669.0
7	Maximum	1528	1823
8			
9	Mean	528.9	481.0
10	Std. Deviation	280.5	277.0
11	Std. Error of Mean	36.84	17.62
12			
13	Lower 95% CI	455.2	446.3
14	Upper 95% CI	602.7	515.8
15			
16	Mean ranks	166.8	149.8

APÊNDICE II – Teste de normalidade da 1ª hipótese testada – grupo ação civil pública – tempo de tramitação do processo (t)

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	105.0	4.000
4	25% Percentile	292.5	286.0
5	Median	495.0	391.0
6	75% Percentile	703.5	669.0
7	Maximum	1528	1823
8			
9	Mean	528.9	481.0
10	Std. Deviation	280.5	277.0
11	Std. Error of Mean	36.84	17.62
12			
13	Lower 95% CI of mean	455.2	446.3
14	Upper 95% CI of mean	602.7	515.8
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	95.21%	95.85%
18	Lower confidence limit	359.0	345.0
19	Upper confidence limit	591.0	464.0
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	11.19	54.48
23	P value	0.0037	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	**	****

**APÊNDICE III – Teste estatístico de Mann Whitney para a 1ª hipótese testada –
grupo ação civil pública – tempo de tramitação do processo (t)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.1871
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	9673 , 36993
14	Mann-Whitney U	6365
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	495.0, n=58
18	Median of column B	391.0, n=247
19	Difference: Actual	104.0
20	Difference: Hodges-Lehmann	47.00

**APÊNDICE IV – Estatística descritiva da 2ª hipótese testada – grupo rito ordinário
– tempo de tramitação do processo (t)**

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	92.00	28.00
4	25% Percentile	431.0	470.0
5	Median	679.0	723.0
6	75% Percentile	995.0	1079
7	Maximum	1498	3381
8			
9	Mean	698.3	768.1
10	Std. Deviation	338.1	401.5
11	Std. Error of Mean	49.31	24.12
12			
13	Lower 95% CI	599.0	720.6
14	Upper 95% CI	797.5	815.6
15			
16	Mean ranks	149.5	164.7

**APÊNDICE V – Teste de normalidade da 2ª hipótese testada – grupo rito ordinário
– tempo de tramitação do processo (t)**

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	92.00	28.00
4	25% Percentile	431.0	470.0
5	Median	679.0	723.0
6	75% Percentile	995.0	1079
7	Maximum	1498	3381
8			
9	Mean	698.3	768.1
10	Std. Deviation	338.1	401.5
11	Std. Error of Mean	49.31	24.12
12			
13	Lower 95% CI of mean	599.0	720.6
14	Upper 95% CI of mean	797.5	815.6
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	96.00%	95.91%
18	Lower confidence limit	504.0	672.0
19	Upper confidence limit	851.0	810.0
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	2.894	91.07
23	P value	0.2353	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	Yes	No
25	P value summary	ns	****

**APÊNDICE VI – Teste estatístico de Mann-Whitney para a 2ª hipótese testada –
grupo rito ordinário – tempo de tramitação do processo (t)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.3043
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? (P < 0.05)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	7026 , 45624
14	Mann-Whitney U	5898
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	679.0, n=47
18	Median of column B	723.0, n=277
19	Difference: Actual	-44.00
20	Difference: Hodges-Lehmann	-56.00

**APÊNDICE VII – Estatística descritiva da 3ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – tempo de tramitação do processo (t)**

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	31.00	21.00
4	25% Percentile	268.0	267.0
5	Median	396.0	391.0
6	75% Percentile	631.0	573.5
7	Maximum	1389	2434
8			
9	Mean	470.0	447.9
10	Std. Deviation	273.7	288.9
11	Std. Error of Mean	42.75	16.68
12			
13	Lower 95% CI	383.6	415.1
14	Upper 95% CI	556.4	480.8
15			
16	Mean ranks	181.4	169.6

**APÊNDICE VIII – Teste de normalidade da 3ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – tempo de tramitação do processo (t)**

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	31.00	21.00
4	25% Percentile	268.0	267.0
5	Median	396.0	391.0
6	75% Percentile	631.0	573.5
7	Maximum	1389	2434
8			
9	Mean	470.0	447.9
10	Std. Deviation	273.7	288.9
11	Std. Error of Mean	42.75	16.68
12			
13	Lower 95% CI of mean	383.6	415.1
14	Upper 95% CI of mean	556.4	480.8
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	97.25%	95.69%
18	Lower confidence limit	352.0	360.0
19	Upper confidence limit	550.0	418.0
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	13.45	216.9
23	P value	0.0012	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	**	****

**APÊNDICE IX – Teste estatístico de Mann-Whitney para a 3ª hipótese testada –
grupo rito sumaríssimo – tempo de tramitação do processo (t)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.4729
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? (P < 0.05)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	7438 , 50874
14	Mann-Whitney U	5724
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	396.0, n=41
18	Median of column B	391.0, n=300
19	Difference: Actual	5.000
20	Difference: Hodges-Lehmann	26.00

APÊNDICE X – Estatística descritiva da 4ª hipótese testada – grupo ação civil pública – custos relacionados ao processo (CP)

Mann-Whitney test Descriptive statistics			
		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	1000	724.0
4	25% Percentile	1000	1200
5	Median	1300	1300
6	75% Percentile	1612	1500
7	Maximum	15060	72700
8			
9	Mean	1969	2074
10	Std. Deviation	2535	5356
11	Std. Error of Mean	332.9	340.8
12			
13	Lower 95% CI	1302	1402
14	Upper 95% CI	2635	2745
15			
16	Mean ranks	146.0	154.6

APÊNDICE XI – Teste de normalidade da 4ª hipótese testada – grupo ação civil pública – custos relacionados ao processo (CP)

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	1000	724.0
4	25% Percentile	1000	1200
5	Median	1300	1300
6	75% Percentile	1612	1500
7	Maximum	15060	72700
8			
9	Mean	1969	2074
10	Std. Deviation	2535	5356
11	Std. Error of Mean	332.9	340.8
12			
13	Lower 95% CI of mean	1302	1402
14	Upper 95% CI of mean	2635	2745
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	95.21%	95.85%
18	Lower confidence limit	1100	1300
19	Upper confidence limit	1500	1300
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	81.44	467.4
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

**APÊNDICE XII – Teste estatístico de Mann-Whitney da 4ª hipótese testada – grupo
ação civil pública – custos relacionados ao processo (CP)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.4917
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	8468 , 38198
14	Mann-Whitney U	6757
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	1300, n=58
18	Median of column B	1300, n=247
19	Difference: Actual	0.0
20	Difference: Hodges-Lehmann	0.0

APÊNDICE XIII – Estatística descritiva da 5ª hipótese testada – grupo rito ordinário – custos relacionados ao processo (CP)

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	162.0	60.00
4	25% Percentile	1585	1500
5	Median	2900	2500
6	75% Percentile	10100	10873
7	Maximum	112050	454025
8			
9	Mean	10081	11928
10	Std. Deviation	18511	34069
11	Std. Error of Mean	2700	2047
12			
13	Lower 95% CI	4646	7898
14	Upper 95% CI	15516	15958
15			
16	Mean ranks	167.9	161.6

APÊNDICE XIV – Teste de normalidade da 5ª hipótese testada – grupo rito ordinário – custos relacionados ao processo (CP)

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	162.0	60.00
4	25% Percentile	1585	1500
5	Median	2900	2500
6	75% Percentile	10100	10873
7	Maximum	112050	454025
8			
9	Mean	10081	11928
10	Std. Deviation	18511	34069
11	Std. Error of Mean	2700	2047
12			
13	Lower 95% CI of mean	4646	7898
14	Upper 95% CI of mean	15516	15958
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	96.00%	95.91%
18	Lower confidence limit	2100	2100
19	Upper confidence limit	7300	3500
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	71.92	472.2
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

**APÊNDICE XV– Teste estatístico de Mann-Whitney para a 5ª hipótese testada –
grupo rito ordinário – custos relacionados ao processo (CP)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.6694
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	7892 , 44758
14	Mann-Whitney U	6255
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	2900, n=47
18	Median of column B	2500, n=277
19	Difference: Actual	400.0
20	Difference: Hodges-Lehmann	166.0

**APÊNDICE XVI – Estatística descritiva da 6ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – custos relacionados ao processo (CP)**

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	60.00	38.00
4	25% Percentile	242.1	216.3
5	Median	1224	934.0
6	75% Percentile	1500	2120
7	Maximum	55400	120680
8			
9	Mean	3670	4528
10	Std. Deviation	9860	14583
11	Std. Error of Mean	1540	842.0
12			
13	Lower 95% CI	558.0	2871
14	Upper 95% CI	6783	6185
15			
16	Mean ranks	176.9	170.2

**APÊNDICE XVII – Teste de normalidade da 6ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – custos relacionados ao processo (CP)**

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	60.00	38.00
4	25% Percentile	242.1	216.3
5	Median	1224	934.0
6	75% Percentile	1500	2120
7	Maximum	55400	120680
8			
9	Mean	3670	4528
10	Std. Deviation	9860	14583
11	Std. Error of Mean	1540	842.0
12			
13	Lower 95% CI of mean	558.0	2871
14	Upper 95% CI of mean	6783	6185
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	97.25%	95.69%
18	Lower confidence limit	310.0	683.1
19	Upper confidence limit	1500	1000
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	69.92	348.9
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

**APÊNDICE XVIII– Teste estatístico de Mann-Whitney para a 6ª hipótese testada –
grupo rito sumaríssimo – custos relacionados ao processo (CP)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.6839
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	7253 , 51058
14	Mann-Whitney U	5908
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	1224, n=41
18	Median of column B	934.0, n=300
19	Difference: Actual	290.0
20	Difference: Hodges-Lehmann	18.68

APÊNDICE XIX – Estatística descritiva da 7ª hipótese testada – grupo ação civil pública – custo dos medicamentos (CM)

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	1.650	4.320
4	25% Percentile	10.40	88.44
5	Median	60.03	166.9
6	75% Percentile	373.4	816.6
7	Maximum	7338	57911
8			
9	Mean	889.2	1311
10	Std. Deviation	1941	4418
11	Std. Error of Mean	254.8	281.1
12			
13	Lower 95% CI	379.0	757.7
14	Upper 95% CI	1399	1865
15			
16	Mean ranks	110.6	163.0

APÊNDICE XX – Teste de normalidade da 7ª hipótese testada – grupo ação civil pública – custo dos medicamentos (CM)

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	58	247
2			
3	Minimum	1.650	4.320
4	25% Percentile	10.40	88.44
5	Median	60.03	166.9
6	75% Percentile	373.4	816.6
7	Maximum	7338	57911
8			
9	Mean	889.2	1311
10	Std. Deviation	1941	4418
11	Std. Error of Mean	254.8	281.1
12			
13	Lower 95% CI of mean	379.0	757.7
14	Upper 95% CI of mean	1399	1865
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	95.21%	95.85%
18	Lower confidence limit	19.92	144.4
19	Upper confidence limit	86.82	199.1
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	41.11	431.2
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

**APÊNDICE XXI – Teste estatístico de Mann-Whitney para a 7ª hipótese testada –
grupo ação civil pública – custo dos medicamentos (CM)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	< 0.0001
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	****
11	Significantly different? (P < 0.05)	Yes
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	6414 , 40251
14	Mann-Whitney U	4703
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	60.03, n=58
18	Median of column B	166.9, n=247
19	Difference: Actual	-106.8
20	Difference: Hodges-Lehmann	-85.17

APÊNDICE XXII – Estatística descritiva da 8ª hipótese testada – grupo rito ordinário – custo dos medicamentos (CM)

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	0.6000	1.160
4	25% Percentile	27.23	49.80
5	Median	195.5	155.7
6	75% Percentile	4340	1337
7	Maximum	36551	107584
8			
9	Mean	3237	2195
10	Std. Deviation	7144	8164
11	Std. Error of Mean	1042	490.5
12			
13	Lower 95% CI	1139	1229
14	Upper 95% CI	5334	3161
15			
16	Mean ranks	161.6	162.7

APÊNDICE XXIII – Teste de normalidade da 8ª hipótese testada – grupo rito ordinário – custo dos medicamentos (CM)

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	47	277
2			
3	Minimum	0.6000	1.160
4	25% Percentile	27.23	49.80
5	Median	195.5	155.7
6	75% Percentile	4340	1337
7	Maximum	36551	107584
8			
9	Mean	3237	2195
10	Std. Deviation	7144	8164
11	Std. Error of Mean	1042	490.5
12			
13	Lower 95% CI of mean	1139	1229
14	Upper 95% CI of mean	5334	3161
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	96.00%	95.91%
18	Lower confidence limit	49.65	144.4
19	Upper confidence limit	958.2	268.0
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	56.10	469.5
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

**APÊNDICE XIV – Teste estatístico de Mann-Whitney para a 8ª hipótese testada –
grupo rito ordinário – custo dos medicamentos (CM)**

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	0.9428
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	ns
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	No
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	7595 , 45056
14	Mann-Whitney U	6467
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	195.5, n=47
18	Median of column B	155.7, n=277
19	Difference: Actual	39.78
20	Difference: Hodges-Lehmann	-1.290

**APÊNDICE XXV – Estatística descritiva da 9ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – custo dos medicamentos (CM)**

Mann-Whitney test Descriptive statistics		RENAME	NÃO RENAME
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	2.250	7.680
4	25% Percentile	16.92	81.31
5	Median	66.20	137.7
6	75% Percentile	173.3	248.8
7	Maximum	18331	57911
8			
9	Mean	862.0	622.2
10	Std. Deviation	3163	3465
11	Std. Error of Mean	494.0	200.1
12			
13	Lower 95% CI	-136.4	228.4
14	Upper 95% CI	1860	1016
15			
16	Mean ranks	111.6	179.1

**APÊNDICE XXVI – Teste de normalidade da 9ª hipótese testada – grupo rito
sumaríssimo – custo dos medicamentos (CM)**

Col Stats		A	B
		RENAME	NÃO RENAME
		Y	Y
1	Number of values	41	300
2			
3	Minimum	2.250	7.680
4	25% Percentile	16.92	81.31
5	Median	66.20	137.7
6	75% Percentile	173.3	248.8
7	Maximum	18331	57911
8			
9	Mean	862.0	622.2
10	Std. Deviation	3163	3465
11	Std. Error of Mean	494.0	200.1
12			
13	Lower 95% CI of mean	-136.4	228.4
14	Upper 95% CI of mean	1860	1016
15			
16	95% CI of median		
17	Actual confidence level	97.25%	95.69%
18	Lower confidence limit	29.58	124.6
19	Upper confidence limit	97.20	150.0
20			
21	D'Agostino & Pearson omnibus normality test		
22	K2	76.01	654.5
23	P value	< 0.0001	< 0.0001
24	Passed normality test (alpha=0.05)?	No	No
25	P value summary	****	****

APÊNDICE XXVII – Teste estatístico de Mann-Whitney para a 9ª hipótese testada
– grupo rito sumaríssimo – custo dos medicamentos (CM)

Mann-Whitney test Tabular results		
1	Table Analyzed	Unpaired t test data
2		
3	Column A	RENAME
4	vs.	vs.
5	Column B	NÃO RENAME
6		
7	Mann Whitney test	
8	P value	< 0.0001
9	Exact or approximate P value?	Exact
10	P value summary	****
11	Significantly different? ($P < 0.05$)	Yes
12	One- or two-tailed P value?	Two-tailed
13	Sum of ranks in column A,B	4576 , 53736
14	Mann-Whitney U	3715
15		
16	Difference between medians	
17	Median of column A	66.20, n=41
18	Median of column B	137.7, n=300
19	Difference: Actual	-71.47
20	Difference: Hodges-Lehmann	-68.96