

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo  
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n2.e111106>

# JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA HEPATITE C NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Bonnia Acosta Vinholes, Letícia Thomasi Jahnke Botton, Alice Hirdes

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3107>

Submetido em: 2021-10-25

Postado em: 2021-11-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

**A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA  
HEPATITE C NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

**THE JUDICIALIZATION OF DRUGS FOR TREATMENT OF HEPATITIS C IN RIO  
GRANDE DO SUL STATE, BRAZIL**

**LA JUDICIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA  
HEPATITIS C EN EL ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Bonnia Acosta Vinholes  
Mestranda em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade, Universidade  
Luterana do Brasil  
E-mail: [bonnia@gmail.com](mailto:bonnia@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-0188-8382>

Letícia Thomasi Jahnke Botton  
Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano  
e Sociedade, Universidade Luterana do Brasil  
E-mail: [leticia.jahnke@ulbra.br](mailto:leticia.jahnke@ulbra.br)  
<https://orcid.org/0000-0003-0286-3670>

Alice Hirdes  
Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano  
e Sociedade, Universidade Luterana do Brasil  
E-mail: [alice.hirdes@ulbra.br](mailto:alice.hirdes@ulbra.br)  
<https://orcid.org/0000-0003-3318-0514>

**Autor de Correspondência:**

Bonnia Acosta Vinholes  
[bonnia@gmail.com](mailto:bonnia@gmail.com)

**RESUMO:** O artigo tem por objetivo identificar quais motivos levaram as pessoas a buscarem o Poder Judiciário, a fim de obter medicamentos para tratamento da hepatite C. Trata-se de um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, no qual foram analisados 235 acórdãos e decisões monocráticas proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2010 e 2020. Os resultados evidenciam que o principal motivo pelo qual as pessoas recorrem ao Judiciário a fim de obter medicamentos para tratamento da hepatite C é a insuficiência de renda, seguido pelo não atendimento aos requisitos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções, ausência de previsão em lista pública de medicamentos, estoque zerado e medicamento requerido sem registro na ANVISA. Os resultados também apontaram que a judicialização da saúde não é um fenômeno adstrito às pessoas de baixa renda; os medicamentos mais requeridos são a Ribavirina, o Interferon, o Sofosbuvir e o Daclatasvir; o percentual de concessão judicial de medicamentos é de 93,6%. Os dados obtidos levam à conclusão de que há necessidade de reavaliação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções, do Plano Nacional de Hepatites Virais e do Plano para Eliminação da Hepatite C.

**Palavras-chave:** Judicialização da saúde; Política pública; Assistência farmacêutica; Hepatite C; Sistemas de Saúde.

**ABSTRACT:** This article aims to identify which reasons lead people to seek the Judiciary in order to obtain medication for the treatment of hepatitis C. This is a quantitative cross-sectional descriptive study where 235 judgements and lower court decisions rendered by the state of Rio Grande do Sul Court of Justice between the years of 2010 and 2020 were analyzed. The results show that the main reason why people turn to the judiciary in order to obtain medication for the treatment of hepatitis C is low-income, followed by the ones who do not fit the requirements of the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Hepatitis C and Coinfections, lack of predictability in having the medicine in the public list, zeroed stock and when the required medicine is not in ANVISA list. The results also pointed that the health judicialization is not a phenomenon connected to low-income; that the most required drugs are Ribavirina, Interferon, Sofosbuvir and Daclatasvir; that the percentage of judicial medicine concession is 93,6%. The data obtained lead to the conclusion that there is a need to reassess the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Hepatitis C and Coinfections, the National Plan for Viral Hepatitis and the Plan for the Elimination of Hepatitis C.

**Keywords:** Health judicialization; Public Policy; Pharmaceutical Services; Hepatitis C; Health Systems.

**RESUMEN:** Este estudio tiene como objetivo identificar las razones que llevaron a las personas a acudir al Poder Judicial para obtener medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C. Se trata de un estudio descriptivo transversal, de carácter cuantitativo, en el que se analizaron 235 juicios y decisiones. Decisiones dictadas por la Corte de Justicia del Estado de Rio Grande do Sul entre los años de 2010 y 2020. Resultados: se constató que la principal razón por la que las personas recurren al Poder Judicial para obtener medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C es la insuficiencia de ingresos, seguida del incumplimiento de los requisitos del Protocolo Clínico y Guías Terapéuticas para Hepatitis C y co-infecciones, falta de provisión en la lista pública de medicamentos con existencia cero y medicamentos requeridos sin registro en ANVISA. Los resultados también mostraron que la judicialización de la salud no es un

fenómeno restringido a las personas de bajos ingresos; que los medicamentos más requeridos son Ribavirin, Interferon, Sofosbuvir y Daclatasvir; que el porcentaje de otorgamiento judicial de medicamentos es de 93,6%. Los datos obtenidos llevan a concluir que es necesario reevaluar el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas de Hepatitis C y Coinfecciones, el Plan Nacional de Hepatitis Virales y el Plan de Eliminación de Hepatitis C.

**Palavras clave:** Judicialización de la Salud; Política Pública; Servicios Farmacêuticos, Hepatitis C; Sistemas de Salud.

## INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que há, no mundo, por volta de 71 milhões de pessoas infectadas com o vírus da hepatite C. Ainda, no ano de 2016, morreram cerca de 399 mil pessoas em decorrência de hepatite C, sobretudo de cirrose e câncer hepático<sup>1</sup>. No Brasil, números do Ministério da Saúde, divulgados no final de julho de 2020, indicam que foram registrados 22.474 casos de hepatite C, sendo que no mesmo ano, o referido órgão governamental havia reestruturado o modelo de aquisição, programação e distribuição dos medicamentos para hepatites virais. Ainda, o mesmo boletim epidemiológico indicou que a região Sul era a de maior número de detecção de casos de hepatite C, 23,9 para cada 100 mil habitantes, sendo que Porto Alegre era a capital brasileira com a maior taxa, 84,4 casos a cada 100 mil habitantes<sup>2</sup>.

Por se tratar de um problema de saúde pública, devido às altas porcentagens de cronicidade da doença, potencial evolutivo, diversidade virológica, formas de transmissão e complexidade diagnóstica e terapêutica, a hepatite C é uma doença que demanda políticas de saúde específicas<sup>3</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde e as secretarias de estado têm implementado ações no campo da prevenção, como o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais<sup>4</sup>, e também de controle, detecção e tratamento, como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs). Entre os itens abrangidos pelo PCDT para hepatite C e coinfeções estão os critérios para diagnóstico, tratamento, cuidados para segurança dos pacientes, mecanismos de controle clínico e meios para acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos pelos profissionais e gestores da área da saúde<sup>5</sup>. Ocorre que, apesar de o Sistema Único de Saúde estar alicerçado nos princípios de justiça social, igualdade e acesso universal, muitas vezes as políticas públicas não são suficientes ou falham na concretização do direito à saúde.

A saúde, conforme artigo 196 da Constituição Federal é um direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e também o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação<sup>6</sup>. O direito à saúde faz com que o Estado seja responsável não só pela prevenção, tratamento e controle de doenças, mas também pela criação e implementação de políticas que, além de garantir o acesso à saúde em seu sentido amplo, devem possibilitar aos indivíduos um maior controle sobre as condições que afetam a sua saúde<sup>7</sup>.

Nesse contexto, a insuficiência na concretização das políticas públicas, tem feito com que o poder Judiciário seja chamado para intervir e obrigar os entes federados a satisfazer o direito à saúde<sup>8</sup>. Essa interferência do poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas relacionadas ao referido direito, recebe o nome de judicialização da saúde. O resultado desse novo paradigma é um crescente número de ações judiciais individuais que pleiteiam desde leitos hospitalares a outras formas de prestação relacionadas à saúde, as quais têm se mostrado o meio mais célere para a efetivação do direito<sup>9</sup>.

Entre as políticas públicas que são impactadas pela judicialização está a da assistência farmacêutica, que apresenta diversos desafios no que tange ao seu desenho, operacionalização, atualização das listas de medicamentos distribuídos pelo SUS, transparência de protocolos clínicos, ausência de instâncias recursais, celeridade nas decisões, articulação com outras esferas de fiscalização e registro<sup>10,11</sup>. A judicialização é um produto gerado pela fragilidade do sistema, que não só garante a efetivação de um direito social, mas também suscita a necessidade de avaliação das políticas públicas existentes e a criação de novas formas de garantir direitos, na medida que os tribunais se encontram sobrecarregados<sup>12</sup>. Nesse cenário, perquirir por quais razões as pessoas ajuízam ações para obter medicamentos pode auxiliar na verificação de falhas e deficiências das políticas públicas de saúde existentes.

O objetivo geral do presente estudo é investigar os motivos pelos quais as pessoas recorreram ao Poder Judiciário para exigir do Estado o fornecimento de medicamentos para tratamento da hepatite C, visto a existência de políticas públicas específicas e do Plano para Eliminação da Hepatite C até o ano de 2030. Entre os objetivos específicos estão: (i) identificar os medicamentos mais requeridos judicialmente; (ii) verificar se a causa de pedir da ação indica lacunas na política de assistência farmacêutica e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (iii) estimar qual o percentual de êxito das demandas que versam sobre fornecimento de medicamentos; e (iv) descobrir se a judicialização da saúde é um fenômeno adstrito às pessoas de baixa renda.

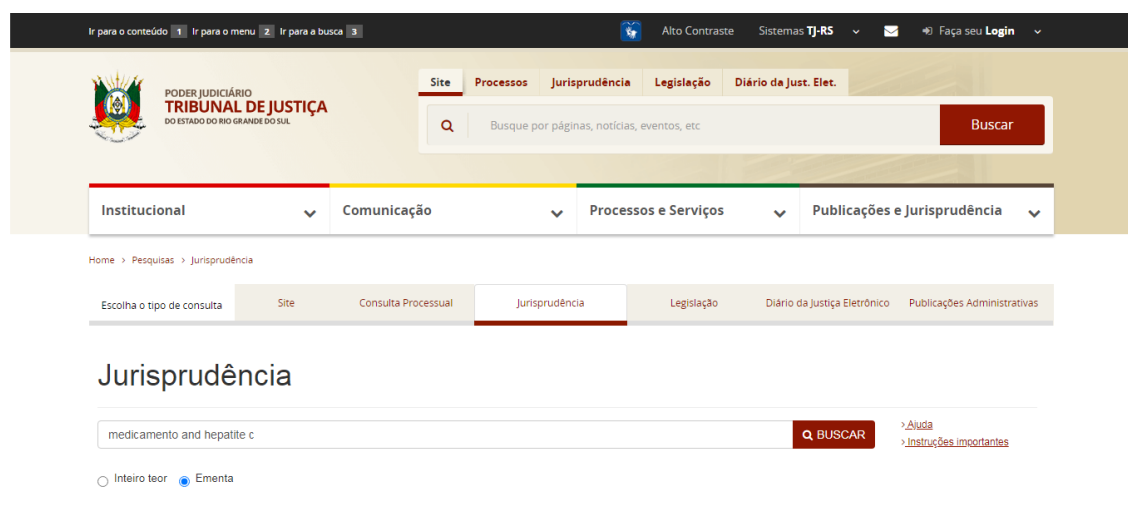
## **MÉTODO**

Este é um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, no qual foram analisados acórdãos e decisões monocráticas proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do

Rio Grande do Sul, em processos judiciais que buscam o fornecimento de medicamentos para tratamento da hepatite C, no período de 2010 a 2020.

A fim de se obter as decisões que foram objeto de análise, primeiramente foi feita uma pesquisa junto ao sistema de pesquisa jurisprudencial disponível no *site* do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul<sup>13</sup>, na qual foram utilizados os descritores ‘medicamento’ e ‘hepatite C’, além do operador booleano ‘and’ (ilustração 1), o que resultou em 770 decisões que continham os descritores utilizados na sua ementa (ilustração 2):

### Ilustração 1 – Pesquisa de jurisprudência



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2015<sup>13</sup>.

### Ilustração 2 – Resultado da pesquisa de jurisprudência



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2015<sup>13</sup>.

Como o sistema de busca do Tribunal apresenta todas as decisões que contém na ementa os descritores utilizados, sem adentrar ao mérito, foi realizado um segundo filtro, através da análise individualizada dos resultados, o que acarretou a exclusão das decisões de processos que versavam sobre isenção de tributos, responsabilidade civil, planos de saúde privados, seguro de vida, direito criminal, prestação de contas, auxílio doença acidentário e auxílio acidente, restando 299 decisões elegíveis ao estudo.

Catalogadas as decisões aptas ao estudo, estas foram submetidas à aplicação de instrumento elaborado pela autora especificamente para o estudo, composto por questões abertas e fechadas. Os dados foram coletados por três advogados alinhados para tanto, sendo considerado como critério de inclusão decisões nas quais o Estado do Rio Grande do Sul constava como réu e de exclusão: (i) decisões cujo conteúdo versava sobre questões estritamente processuais como custas, bloqueios de valores, honorários, nulidades e suspensão, (ii) ações civis públicas, (iii) ações nas quais houve a desistência da parte autora e (iv) decisões de embargos de declaração. Ainda, foram descartadas decisões proferidas em sede de agravo de instrumento, quando já incluída na base de dados a decisão do recurso de apelação, e também acórdãos com números distintos, mas relativos ao mesmo processo, a fim de evitar uma dupla análise. Ao final, restaram 235 decisões avaliadas e cujos dados integram os resultados do presente estudo.

As variáveis pesquisadas foram: o sexo do autor da ação, a comarca de origem, o tipo de patrocínio da ação, se houve pedido de assistência judiciária gratuita ou de justiça gratuita, a quantidade de medicamentos postulados, o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) requerido(s), a duração do tratamento, qual o motivo do ingresso da ação (causa de pedir), a existência ou não de requerimento administrativo e se houve a concessão judicial do medicamento.

Os dados consolidados foram organizados em planilha do Microsoft Office Excel e analisados através de estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa), obtidas com o auxílio do software IBM® SPSS *Statistics for Windows, Version 22.0*.

A pesquisa não foi submetida a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) porque conforme o artigo 1º, parágrafo único, item II, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 foram utilizados dados obtidos junto ao sítio do Tribunal de Justiça do Estado Rio Grande do Sul, os quais podem ser acessados por qualquer cidadão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das decisões analisadas verificou-se que 54,9% eram relativas às ações ajuizadas por indivíduos do sexo masculino e 45,1% do sexo feminino. O resultado obtido vai ao encontro

das informações obtidas junto ao site do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, as quais indicam que, no período de 2010 a 2020, o número de homens infectados por hepatite C era superior ao de mulheres (ver tabela 1).

Tabela 1 – Casos de hepatite C e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de notificação, 2010-2020.

Hepatite C	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	19.524	858	823	796	1.023	1.339	2.860	2.827	2.579	2.608	2.471	1.340
Taxa (sexo masculino)	-	16,5	15,8	15,2	19,0	24,7	52,6	51,7	47,0	47,3	44,6	24,1
Mulheres	15.627	700	651	704	856	1.020	2.322	2.260	1.977	2.175	2.023	939
Taxa (sexo feminino)	-	12,8	11,8	12,7	15,1	17,9	40,5	39,2	34,1	37,4	34,6	16,0

Fonte: BRASIL, 2020<sup>14</sup>.

Notas: (1) Dados até 31/12/2020; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

No que tange à comarca de origem, 74,5% das ações eram oriundas de cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul. Nessa senda, cabe referir que segundo o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, em 2019, Porto Alegre era a capital brasileira com a maior taxa de detecção de hepatite C, contando com 84,4 casos a cada 100 mil habitantes<sup>2</sup>. Tal dado não só indica que maior parte das ações são provenientes do interior, mas também suscita uma série de questionamentos que, devido às limitações do presente estudo, não podem ser respondidos. Estudos mais aprofundados e que investiguem questões correlatas como, por exemplo, se o acesso aos medicamentos é mais fácil aos residentes na capital, ou se os médicos do interior têm uma tendência maior a prescrever medicamentos não disponibilizados pela rede pública de saúde ou ainda se o número de recursos interpostos contra as decisões proferidas pelos juízes do interior é superior aquele de apelo contra as decisões originárias da capital, se mostram relevantes para ampliar o entendimento do fenômeno estudado e o resultado encontrado.

Atinente à variável “tipo de patrocínio da causa”, os resultados serão analisados em conjunto com aqueles relativos à variável “pedido de assistência judiciária gratuita ou de justiça gratuita”, uma vez que visam verificar se a judicialização é um fenômeno adstrito às pessoas de baixa renda.

Uma das teses existentes no que se refere à judicialização da saúde é a de que se trata de um fenômeno elitizado<sup>9,15,16, 17</sup>. Essa proposição já havia sido afastada, no âmbito do Rio Grande do Sul, por um estudo que analisou 1.262 casos judiciais do ano de 2008, no qual foi verificado que mais da metade das ações tinham o patrocínio da Defensoria Pública e que 91%

dos autores obtiveram algum tipo de benefício de gratuidade<sup>18</sup>. Nessa seara, os resultados obtidos ratificam o estudo do ano de 2008, conforme será doravante explanado.

A assistência judiciária gratuita é um benefício que assegura às pessoas que comprovarem insuficiência de recursos o direito de ter um advogado do Estado, sem qualquer ônus, e também a gratuidade das taxas judiciárias e despesas processuais. Já a justiça gratuita permite à parte beneficiada litigar em juízo com isenção ao pagamento de custas judiciais e despesas processuais<sup>6,19</sup>. Acerca do tema, os dados da pesquisa mostram que 97,9% dos autores tiveram a concessão de alguma espécie de benefício, seja assistência judiciária gratuita, seja justiça gratuita. Ainda, 56,6% dos autores eram representados por advogado particular, 43% pela Defensoria Pública estadual e 0,4% atuavam em causa própria.

Importante referir que a Defensoria Pública do Estado do RS somente atua na defesa de pessoas tidas por hipossuficientes financeiramente, ou seja, que comprovam renda mensal, igual ou inferior, a três salários mínimos nacionais, considerando-se os ganhos totais brutos da entidade familiar, e que não possuam bens móveis ou imóveis, além de outros economicamente mensuráveis, em valor superior a 300 salários mínimos nacionais<sup>20</sup>. Assim, no que tange aos autores que foram assistidos pela Defensoria Pública do Estado, não há dúvidas de que são indivíduos hipossuficientes financeiramente, visto que o órgão somente atende pessoas com renda familiar igual ou inferior a três salários mínimos. Entretanto, no que se refere a maior parte dos autores, representada, conforme dados, por advogado particular, não há como afirmar que se tratam de pessoas de baixa renda, mas tão somente de sujeitos que não possuem condições de arcar com os custos decorrentes de uma demanda judicial sem prejuízo do seu sustento e de sua família.

Somado ao exposto, os dados obtidos no presente estudo mostram que insuficiência de renda é causa de pedir em 79,6% das decisões analisadas. Todavia, esse ponto deve ser visto com cautela, uma vez que os medicamentos postulados judicialmente possuem valor elevado, ainda mais considerando a utilização de terapias duplas ou triplas e do prazo de duração do tratamento, conforme será demonstrado adiante.

Dessa forma, baseado no conceito de família de baixa renda utilizado pelo Governo Federal, para fins do cadastro único (CadÚnico), qual seja a soma dos salários de todas as pessoas da família no valor de até R\$ 3.135,00<sup>21</sup> e também o de hipossuficiência financeira adotado pela Defensoria Pública do Estado<sup>20</sup>, não é possível afirmar que a judicialização está adstrita às pessoas de baixa renda.

Acerca da quantidade de medicamentos requeridos, os resultados obtidos indicam que 71,5% das decisões deferiram dois medicamentos, 19,6% três medicamentos ou mais e 8,9%

apenas um medicamento. No tópico, a média de 2,1 medicamentos deferidos por ação está de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, cuja maior parte dos tratamentos relacionados combina dois ou mais medicamentos<sup>5</sup>.

Assim, em que pese tenham sido analisadas 235 decisões, foram identificados 495 medicamentos requeridos, sendo que no que se refere ao número total de decisões analisadas, o mais requerido foi a Ribavirina, seguido do Interferon, do Sofosbuvir e do Daclatasvir (ver tabela 2). Para fins de identificação dos medicamentos postulados, foi utilizado o nome tal como concedido na decisão, podendo ser o princípio ativo ou o nome comercial. Além disso, em alguns casos, também houve pedido de concessão de medicamentos para tratamento de outras doenças, os quais foram desconsiderados.

Tabela 2 – Medicamentos requeridos

<b>Medicamentos requeridos</b>	<b>Número de aparições</b>	<b>Percentual considerando o número de aparições</b>	<b>Percentual considerando o número de decisões</b>
Alfapeginterferona	7	1,4%	3,0%
Baluferon 2B	1	0,2%	0,4%
Boceprevir	13	2,6%	5,5%
Interferon	118	23,8%	50,2%
Ribavirina	162	32,7%	68,9%
Sofobuvir	83	16,8%	35,3%
Telaprevir	7	1,4%	3,0%
Velpatasvir/Sofosbuvir	1	0,2%	0,4%
Victrelis	4	0,8%	1,7%
Viekira Pak	8	1,6%	3,4%
Virazole	4	0,8%	1,7%
Daclatasvir	63	12,7%	26,8%
Ledispavir/Sofosbuvir	1	0,2%	0,4%
Pegasys	7	1,4%	3,0%
Peginterferon	7	1,4%	3,0%
Simeprevir	9	1,8%	3,8%
<b>Total</b>	<b>495</b>	<b>100%</b>	<b>210,60%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 16 medicamentos relacionados nas decisões, verifica-se que cinco deles se encontram na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) (Interferon, Ribavirina, Sofosbuvir, Velpatasvir/Sofosbuvir e Ledispavir/Sofosbuvir) e seis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Ainda, convém mencionar que o Victrelis, o Virazole e o Pegasys são nomes comerciais do Boceprevir, da Ribavirina e da Alfapeginterferona, que já se encontram na lista de medicamentos requeridos.

Importante aduzir que, a Alfapeginterferona, o Daclatasvir, a Ribavirina, o Simeprevir e o Sofosbuvir são medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde,

visto que fazem parte do Grupo 1A (medicamentos para tratamento de doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF). Dessa forma, o Estado depende que a União adquira e remeta os referidos medicamentos, ficando responsável pelo seu recebimento, armazenamento e distribuição às regionais de saúde e aos municípios<sup>22</sup>. Tais fatos levam a crer que a judicialização, no caso em tela, decorre, ainda que parcialmente, de uma postura omissiva do Poder Executivo da União, na medida que parte dos medicamentos pleiteados constam no rol daqueles ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que é sua competência exclusiva a aquisição e remessa dos medicamentos aos demais entes da federação.

Os dados coletados indicam também que os medicamentos constantes na RESME não coincidem totalmente com aqueles previstos na RENAME e no PCDT, o que é um equívoco, considerando que este é revisto a cada dois anos e atualizado conforme evidências científicas<sup>5,23,24</sup>. Os dados consolidados no presente estudo podem servir para suscitar uma avaliação das políticas públicas existentes, incluindo a de assistência farmacêutica vigente e medicamentos constantes das listas públicas, uma vez que à ampliação do acesso ao tratamento, à prevenção e ao diagnóstico constituem o objetivo geral do Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil<sup>5</sup>. Nesse sentido, cabe fazer referência ao Estado de São Paulo que, além de adotar as orientações que constam no protocolo do Ministério da Saúde, acrescentou outras opções terapêuticas conforme as peculiaridades do seu sistema de saúde<sup>25</sup>.

Das 235 decisões estudadas foram extraídas 305 causas de pedir, judicialmente, medicamentos para tratamento da hepatite C, o que corresponde a uma média de 1,29 causas por ação. Ainda, o motivo que mais levou as pessoas a buscarem o Judiciário, a fim de obterem acesso aos medicamentos, foi à insuficiência de renda, encontrado em 79,6% das decisões, seja de forma isolada, seja em conjunto com outra causa. A variável econômica já havia sido identificada como o motivo mais alegado nas petições iniciais para justificar a procura ao judiciário na solução dos conflitos de saúde, em estudo que analisou a judicialização da saúde na cidade de Manaus<sup>26</sup> e também na Bahia<sup>27</sup>. Como segunda razão de pedir, aparece o não atendimento aos requisitos do PCDT, com 23,4%.

Tabela 3 – Causas de pedir

Causa de pedir	Número de aparições	Percentual considerando o número de aparições	Percentual considerando o número de decisões
Demora no fornecimento	3	1,0%	1,3%
Estoque zerado	12	3,9%	5,1%
Existência de ação judicial em curso	1	0,3%	0,4%
Insuficiência de renda	187	61,3%	79,6%
Medicamento Experimental ou sem registro na ANVISA	5	1,6%	2,1%
Não consta em lista pública de medicamentos	14	4,6%	6,0%
Não atende aos requisitos do PCDT	55	18,0%	23,4%
Não informado	26	8,5%	11,1%
Pedido administrativo sem resposta	2	0,7%	0,9%
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100%</b>	<b>129,80%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Não surpreende o fato de que a insuficiência de renda lidera o *ranking* de causas de pedir, tendo em vista que os medicamentos para tratamento da hepatite C são de alto custo. Em estudo realizado junto ao Ambulatório Municipal de Hepatites Virais do município de São José do Rio Preto, se estimou que o valor da terapia dupla utilizando Peginterferon + Ribavirina é de R\$ 15.131,52, já a terapia tripla Peginterferon + Ribavirina + Telaprevir possui valor de R\$ 49.290,52 e de R\$ 51.979,34, no caso de terapia com Peginterferon + Ribavirina + Boceprevir<sup>28</sup>. Corroborando o exposto, dados do Ministério da Saúde indicam que o tratamento com Sofosbuvir + Ribavirina, pelo período de 12 semanas, custava ao governo R\$ 18.047,04, já se a combinação for de Sofosbuvir + Daclatasvir o valor sobe para R\$ 24.240,00 e se for Sofosbuvir + Simeprevir o valor é ainda mais elevado, R\$ 25.200,00<sup>29</sup>. O tempo de duração também impacta no custo total do tratamento, veja-se que 31,9% das decisões deferiram os medicamentos postulados de forma contínua, o que também se apresenta como um fator que colabora para a impossibilidade de aquisição do tratamento pelo requerente.

Em contrapartida, o não atendimento aos requisitos do PCDT como segunda motivação para o ajuizamento de ações chama a atenção. Das 305 causas de pedir detectadas, a negativa apareceu 55 vezes, o que equivale a 18%. Entretanto, antes de discutir os resultados, mister se faz esclarecer alguns pontos relativos aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs).

O PCDTs são documentos do SUS que estabelecem critérios para o diagnóstico, o tratamento, incluindo medicamentos, posologias e tecnologias recomendadas, cuidados para segurança dos pacientes, mecanismos de controle clínico e meios para acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos pelos profissionais e gestores da área da saúde<sup>5</sup>. O PCDT da hepatite possui em seu bojo terapias medicamentosas que variam de acordo com o genótipo e gravidade da doença. Assim, no momento que o indivíduo busca a assistência farmacêutica, a fim de ver dispensados os medicamentos necessários, deverá comprovar, por meio de documentos e exames, a indicação do tratamento. Ato contínuo a documentação é submetida a parecer técnico do profissional da saúde responsável pela dispensação, o qual nega o fornecimento do medicamento na hipótese de o caso não se adequar àqueles previstos pelo PCDT.

A variável em comento demonstrou que o êxito na obtenção do medicamento, pela via administrativa, está condicionado ao preenchimento dos requisitos estabelecidos pelo PCDT, o que faz com que a análise do caso seja, de certa forma, generalizada. Inobstante a existência de um protocolo clínico geral utilizado pelos órgãos públicos de gestão de saúde, se faz necessária uma avaliação que considere o histórico clínico do indivíduo e o tratamento sugerido pelo médico que acompanha o caso, uma vez que este possui maior conhecimento que o profissional da saúde responsável pela dispensação, o qual se limita a avaliar uma série de documentos e verificar sua adequação ou não ao PCDT. Ressalta-se que isso não implica desqualificar o PCDT, mas sim reconhecer que este não é absoluto e que outros tratamentos e fármacos também podem ser eficazes para o tratamento da patologia, o que vai ao encontro de um dos objetivos do Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil, qual seja o de ampliar o acesso ao tratamento.

O requerimento administrativo, em que pese tenha ocorrido em 43,8% dos casos cujas decisões são ora analisadas, não se trata de requisito para o deferimento judicial do medicamento, ante o princípio de inafastabilidade do acesso à justiça e do direito à saúde, ambos assegurados pela Constituição Federal<sup>6</sup>.

Os dados também mostram que 1% das causas de pedir é relativo à demora no fornecimento do medicamento pela via administrativa e 3,9% pela ausência de estoque. Mais uma vez os resultados refletem uma conduta omissiva da União, visto que é sua competência exclusiva a aquisição e remessa dos medicamentos aos demais entes da federação. Evidentemente que não se pode excluir a responsabilidade do Estado, o qual também deve estar preparado para atender à população, dividindo esse ônus com a União e com os Municípios. A ausência de resposta administrativa também surgiu como causa de pedir, correspondendo a 0,7% das causas de pedir encontradas. Tal dado pode ser um indicativo de que há lacuna no

procedimento administrativo para dispensação de medicamentos, o que pode se dar por falha no fluxo ou até mesmo pelo fator humano. Nesse sentido, um trabalho que avaliou a dispensação de medicamentos para hepatite C em quatro farmácias de componentes especializados da Secretaria de Saúde de São Paulo, identificou que os exames clínicos solicitados para análise do caso variavam de farmácia para farmácia, havendo também uma farmácia que fazia a dispensação baseado somente na prescrição médica<sup>30</sup>. Veja-se que, apesar da existência de um PCDT, o sistema não está isento de equívocos.

Além de mostrar que parte dos medicamentos requeridos judicialmente faziam parte do rol de terapias previsto pelo PCDT, os resultados também apresentaram a não previsão do medicamento em lista pública como causa de pedir, com 4,6% de incidência. A negativa ao fornecimento da medicação sob tal fundamento não tem o condão de eximir o Estado da obrigação imposta pela Constituição Federal, qual seja a de assistência à saúde. Este é sem dúvida um dos motivos pelos quais o PCDT e as listas de medicamentos devem acompanhar a evolução da ciência, cabendo ao Estado a busca por alternativas de tratamento que sejam eficazes, seguras e que causem um impacto financeiro menor ao erário.

Outros resultados como a existência de ação em curso (0,3%) e medicamentos sem registro na ANVISA (1,6%) também aparecem como causa de pedir. No que tange ao primeiro, considerando que se refere a um único caso, não cabem maiores considerações, dada a sua irrelevância quando comparada às demais causas de pedir. Acerca do segundo, pertinente referir que o Supremo Tribunal Federal entende que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, salvo algumas exceções<sup>31</sup>. Nesse sentido, cita-se trecho do voto de lavra do Ministro Luís Roberto Barroso, o qual não poderia ser mais adequado:

Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de tratamentos irrazoáveis – seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade –, bem como de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas. Por outro lado, não há um critério firme para a aferição de qual entidade estatal – União, Estados e Municípios – deve ser responsabilizada pela entrega de cada tipo de medicamento. Diante disso, os processos terminam por acarretar superposição de esforços e de defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos, aí incluídos procuradores e servidores administrativos. Desnecessário enfatizar que tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e disfuncionalidade da prestação jurisdicional (BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário com Repercussão Geral 657.718/MG. Direito constitucional. Medicamentos não registrados na ANVISA. Impossibilidade de dispensação por decisão

judicial, salvo mora irrazoável na apreciação do pedido de registro. Recorrente: Alcirene de Oliveira. Recorrido Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Marco Aurélio. DJe 09 de novembro de 2020).

Esse viés da judicialização da saúde foi julgado recentemente pelo STF, pacificando a discussão acerca da possibilidade ou não do fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA pelo Estado. Considerando que no presente estudo foram analisadas decisões do período de 2010 a 2020, é possível que a referida causa de pedir possa estar ligada às ações propostas antes do pronunciamento da Corte Suprema acerca do tema.

As causas de pedir identificadas sugerem a ocorrência de falhas na política pública de assistência farmacêutica estadual, na medida em que há demora na resposta aos requerimentos administrativos, discrepâncias entre as listas de medicamentos essenciais do Estado (RESME) e da União (RENAME), além da inexistência de medidas que reflitam as peculiaridades regionais, visto que a judicialização é um fenômeno social e político. Além disso, a falta de medicamentos em quantidade suficiente indica uma conduta omissiva da União, responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos aos demais entes federados, e também do Estado que compartilha a responsabilidade e deve tomar as providências necessárias para que a demanda por medicamentos seja suprida. Ainda, a adoção do PCDT como único critério para a concessão ou não dos medicamentos pode fazer com que pessoas doentes e com potencial de cura tenham o tratamento negado, uma vez que simplesmente não atendem aos requisitos pré-estabelecidos e que, com a devida cautela, não podem ser tidos como absolutos.

Por fim, os dados levantados mostram que 93,6% das decisões avaliadas concederam o(s) medicamento(s) requerido(s) ou ratificaram a decisão de concessão proferida pelo julgador da instância original. Estudos pretéritos já indicavam que o percentual de êxito das demandas que buscam a concessão, não só de medicamentos, mas de insumos e tratamentos ligados à saúde é elevado<sup>9,26,32,33</sup>. Do ponto de vista jurídico a questão não demanda maiores digressões, visto que o desfecho, seja ele favorável ou não, resulta da aplicação da lei e dos elementos de defesa de cada uma das partes. Ainda, trabalhos mostram que os juízes tendem a deferir o pedido do autor com base no caráter fundamental do direito à saúde<sup>34,35</sup>.

Por fim, em que pese não tenha sido um dos objetivos do presente estudo, um dos dados que chamou a atenção foi o fato que das 15 decisões judiciais que rejeitaram o pedido de concessão de medicamento, o não enquadramento da parte autora no PCDT foi o fundamento de 11 dessas improcedências. Fazendo uma relação entre as variáveis “causa de pedir” e “concessão judicial do medicamento”, verificou-se que, apesar de 55 pessoas possuírem o fator negativo “não atende aos requisitos do PCDT”, 87,3% dessas pessoas tiveram o medicamento

concedido. Essas discrepâncias entre os resultados podem indicar ausência de parâmetro, ou a presença de um fator comportamental, ou ainda apenas um sinal de que o número de decisões analisadas deveria ter sido maior. Todavia, para os fins do presente estudo os dados levantados foram considerados suficientes.

## CONCLUSÃO

O principal motivo pelo qual as pessoas recorrem ao judiciário a fim de obter medicamentos para tratamento da hepatite C é a insuficiência de renda, seguido pelo não atendimento aos requisitos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (PCDT), ausência de previsão em lista pública de medicamentos, estoque zerado e medicamento requerido sem registro na ANVISA.

Assim, as causas de pedir identificadas sugerem lacunas na política pública farmacêutica, pois há demora na resposta aos requerimentos administrativos, existem medicamentos postulados judicialmente que constam em listas públicas de medicamentos essenciais, sendo que, inclusive, as listas de medicamentos essenciais do Estado (RESME) não acompanham a relação da União (RENAME). Ainda, a falta de medicamentos nas farmácias públicas indica uma conduta omissiva da União, responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos aos Estados e Municípios.

Os resultados também indicam que, a adoção do PCDT como único critério para a concessão ou não dos medicamentos pelo Estado, pode fazer com que pessoas doentes e com potencial de cura tenham o tratamento negado. A análise como feita acaba sendo, de certa forma, discriminatória, pois apesar do SUS estar baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde, somente aquelas pessoas que atendem aos requisitos pré-estabelecidos são beneficiadas. Nesse ínterim, convém destacar que não se está desmerecendo o PCDT, mas sim chamando atenção de que este não pode ser o único critério para o fornecimento de tratamento ao cidadão, ainda mais quando tal fundamento não tem o condão de eximir o Estado da obrigação imposta pela Constituição Federal, qual seja a de assistência à saúde.

A pesquisa também apontou que a Ribavirina, o Interferon, o Sofosbuvir e o Daclatasvir são os medicamentos mais requeridos judicialmente para o tratamento da hepatite C. Ainda, foi detectado que alguns dos medicamentos postulados fazem parte das listas públicas de medicamentos e estão previstos no PCDT, o que indica que há falha na política de assistência farmacêutica. No tópico resta incontroversa a conduta omissiva do Estado que não disponibiliza medicamentos em quantidade suficiente para atender a demanda existente, o que em nada

colabora com ações de promoção da saúde, prevenção, assistência e o plano para eliminação da hepatite C até o ano de 2030.

Não é possível afirmar que a judicialização da saúde é um fenômeno adstrito às pessoas de baixa renda, pois apesar dos dados mostrarem que 97,9% dos autores tiveram a concessão de alguma espécie de benefício, seja assistência judiciária gratuita, seja justiça gratuita, apenas 43% se enquadraram no conceito de família de baixa renda utilizado pelo Governo Federal, para fins do cadastro único – CadÚnico e de hipossuficiência financeira adotado pela Defensoria Pública do Estado do RS.

Os resultados indicam que 93,6% das decisões avaliadas concederam o(s) medicamento(s) requerido(s) ou ratificaram a decisão de concessão proferida pelo julgador da instância original. Nesse cenário, em que pese a CF/88 estabeleça que o direito à saúde será assegurado por meio de políticas públicas, a concretização do direito à saúde pela via judicial é a alternativa legítima do cidadão de ver seu direito assegurado face uma gestão pública ineficiente e um sistema político fragilizado.

Em que pese a literatura existente relacionar uma série de consequências negativas da judicialização da saúde como, por exemplo, o impacto no orçamento público, a interferência nas políticas públicas existentes, a sobrecarga financeira dos Estados e Municípios, a criação de um ambiente favorável aos movimentos da indústria farmacêutica que visam promover a venda de medicamentos, entre tantos outros, pode-se dizer que ela também pode acarretar melhorias, na medida que provoca os gestores públicos a formular estratégias e proceder modificações que não só reduzam o número de ações judiciais, mas que tornem as políticas públicas adotadas de fato eficazes.

O estudo se dispôs a investigar os motivos pelos quais as pessoas recorreram ao Poder Judiciário para exigir do Estado o fornecimento de medicamentos para tratamento da hepatite C, visto o número de pessoas que possuem a referida doença, inobstante a existência de políticas públicas específicas e do Plano para Eliminação da Hepatite C até o ano de 2030. Contudo, apesar dos dados obtidos indicarem que há a necessidade de reavaliação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções, do Plano Nacional de Hepatites Virais e do Plano para Eliminação da hepatite C e também a existência de possíveis falhas no sistema de dispensação de medicamentos.

Nesse sentido, é incontestável a necessidade de analisar de forma mais aprofundada as características do fenômeno da judicialização. Assim, sugere-se a realização de outros estudos com vistas a investigar se o acesso a medicamentos é mais fácil aos residentes na capital, ou se os médicos do interior têm uma tendência maior a prescrever medicamentos não

disponibilizados pela rede pública de saúde ou ainda se o número de recursos interpostos contra as decisões proferidas pelos juízes do interior é superior aquele de apelo contra as decisões originárias da capital. Outro ponto importante a ser investigado é por qual razão a aquisição e disponibilização de medicamentos pela União se dá aquém da demanda. Estes são alguns desdobramentos relevantes para pesquisas futuras para ampliar a compreensão sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

1. Hepatitis C. World Health Organization [site], 27 Jul. 2020 [acesso em: 21 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c#:~:text=Hepatitis%20C%20is%20a%20liver,major%20cause%20of%20liver%20cancer.>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Hepatites Virais: 2020 [acesso em: 18 abr. 2021]. Brasília: MS; 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/28/07---Boletim-Hepatites-2020--vers--o-para-internet.pdf>.
3. Pol S et al. Hepatitis C: epidemiology, diagnosis, natural history and therapy. *Contrib Nephrol.* [periódico na internet] 2012 [acesso em: 26 jun. 2021]; 176:1-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22310776/>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil. Versão atualizada em 17 de janeiro de 2019 [acesso em: 24 jun. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/plano-para-eliminacao-da-hepatite-c-no-brasil>.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [acesso em: 15 maio 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
7. Travassos, DV et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2013 [acesso em: 20 jan. 2021];1(11):3419-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/31.pdf>.
8. Botelho RF. A judicialização do direito à saúde: a tensão entre o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade humana. Curitiba: Juruá; 2011.
9. Borges DCL, Ugá MAD. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. *Rev. Direito Sanit.* [periódico na internet] 2009 [acesso em: 26 fev. 2021];10(1):13-38. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13144/14950>.
10. Kornis GE, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Rev APS* [periódico na internet] 2008 [acesso em: 20 maio 2021];11(1):85-99. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14180/7677>.

11. Pereira JR 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. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2010 [acesso em: 15 maio 2021];13(supl. 3):3551-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a30.pdf>.
12. Polakiewicz RR, Tavares CM. Judicialização, juridicização e mediação sanitária: reflexões teóricas do direito ao acesso aos serviços de saúde. *Revista PróUniverSUS* [periódico na internet] 2017 [acesso em: 15 abr. 2021];8(1):38-43. Disponível para download em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/885>.
13. Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. [Pesquisa de] Jurisprudência [site]. c2015 [acesso em: 22 maio 2021]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/solr/?aba=jurisprudencia>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos das hepatites nos municípios brasileiros [site do Ministério da Saúde]; 2020 [acesso em: 15 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>.
15. Medeiros M, Diniz D, Schwartz IVD. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2013 [acesso em: 15 maio 2021];18(4):1089-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400022>.
16. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica* [periódico na internet] 2009 [acesso em: 15 abr. 2021];25(8):1839-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>.
17. Maduro LCS, Pereira LRL. Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto. *Rev. Bioét.* [periódico na internet]. 2020 [acesso em: 26 jun. 2021];28(1):166-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281379>.
18. Biehl J, Amon JJ, Socal MP, Petryna A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum Rights* [periódico na internet] 2012 Jun 15 [acesso em: 15 jun. 2021];14(1):E36-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22773096/>.
19. Brasil. Lei Nº 13.105, de 16 de março de 2015 [acesso em: 20 jun. 2021]. Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm).
20. Rio Grande do Sul. Conselho Superior da Defensoria Pública do Estado. Resolução Nº 07, de 19/10/2018 [acesso em: 20 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/resolucoes-cdpe>.
21. Brasil. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências [acesso em: 24 jun. 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013 [acesso em: 24 jun. 2021]. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1996\\_11\\_09\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1996_11_09_2013.html).
23. European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. *J Hepatol* [periódico na internet] 2017; [acesso em: 18 abr. 2021];66(1):153-94. Disponível em: <https://www.journal-of-hepatology.eu/action/showPdf?pii=S0168-8278%2816%2930489-5>.
  24. AASLD/IDSA HCV Guidance: Recommendations for testing, managing, and treating Hepatitis C. *Clin Liver Dis (Hoboken)* [periódico na internet] 2018 [acesso em: 19 abr. 2021];12(5):117. Disponível em: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cld.791>.
  25. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SS nº 39, de 31 de março de 2006 [acesso em: 20 jun. 2021]. Aprova Norma Técnica expedida pela Coordenadoria de Controle de Doenças - Centro de Vigilância Epidemiológica, que estabelece as diretrizes para o tratamento da Hepatite Viral C Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/hepatites/doc/hepac\\_res0306\\_ss39.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/hepatites/doc/hepac_res0306_ss39.pdf).
  26. Araújo ICS, Machado FRS. A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. *Saúde Soc.* [periódico na internet] 2020 [acesso em 27 jun. 2021];29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190256>.
  27. Lisboa ES, Souza LEPPF. Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2017 [acesso em: 27 jun. 2021];22(6):1857-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.33922016>.
  28. Trajano DHL et al. Análise do custo direto do tratamento de hepatite C sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde em município do Estado de São Paulo. *Enferm. Bras.* [periódico na internet] 2017 [acesso em 24 jun. 2021];16(6):339-49. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1829>.
  29. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS – CONITEC. Relatório de Recomendação. Simeprevir, sofosbuvir e daclatasvir no tratamento da hepatite crônica tipo C e coinfeccões. Nº 398, outubro de 2015; [acesso em: 25/06/2021]. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_Antivirais\\_HCV\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Antivirais_HCV_CP.pdf)
  30. Venâncio SI et al. Avaliação do processo de dispensação de medicamentos aos portadores de hepatite C crônica em farmácias de componentes especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2014 [acesso em: 26 jun. 2021]; 23 (4): 701-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400012>.
  31. Brasil. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário com Repercussão Geral 657.718/MG. Direito constitucional. Medicamentos não registrados na Anvisa. Impossibilidade de dispensação por decisão judicial, salvo mora irrazoável na apreciação do pedido de registro. Recorrente: Alcirene de Oliveira. Recorrido Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Marco Aurélio. DJe 09 de novembro de 2020 [acesso em: 26 jun. 2021].

- Disponível em:  
<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344900727&ext=.pdf>
32. Biehl J, Social MP, Amon J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health Hum Rights* 2016; 18(1): 209-20.
  33. Leitão LCA et al. Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. *Saúde Soc.* 2016; 25(3):800-7.
  34. Mota BRP. Judicialização da saúde: análise a partir das percepções de juízes federais e estaduais atuantes em Fortaleza-CE. [Dissertação de Mestrado Acadêmico]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado em Direito Constitucional; 2017 [acesso em: 15 jun. 2021]. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/F10663420171211155550790548/Dissertacao.pdf>
  35. Segatto CMS. A judicialização da saúde na percepção dos magistrados: o entendimento dos juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de demandas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 2005 e 2017. 2018 [acesso em: 15 abr. 2021]. Disponível em: [https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/24167/CRISTIANE%20SEGATTO%20TA%20p%C3%B3s%20banca\\_Revisado%2bFicha%20Catalogr%C3%A1fica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/24167/CRISTIANE%20SEGATTO%20TA%20p%C3%B3s%20banca_Revisado%2bFicha%20Catalogr%C3%A1fica.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

#### Contribuições dos autores:

BAV concebeu o estudo, a coleta de dados, a análise estatística e as primeiras versões do artigo. AH e LTJB revisaram o artigo e AH realizou ajustes e aprovou a versão final.

#### Declaração de conflitos de interesse:

Declaramos que não temos conflitos de interesses.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.