PERCEPÇÕES DO JUDICIÁRIO SOBRE JUDICIALIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS — ESTUDO TRANSVERSAL

Luiz Gabriel Dantas Pereira[1], Gabriel Magalhães Costa Coelho[1], Maria Eduarda Trajano Mangueira de Melo[1], Diogo Alves Cardoso[1], Jonathan Matheus Cordeiro Cavalcanti[1], Ítala Morgânia Farias da Nóbrega[1], Mirella Rebello Bezerra[1].

1.Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife/PE, Brasil.

RESUMO

A crescente judicialização da saúde no Brasil gera tensões entre direitos individuais e equidade alocativa. Este estudo teve como objetivo analisar a opinião de profissionais do judiciário de Pernambuco sobre o tema. Realizou-se um estudo transversal e quantitativo com 71 profissionais do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE), utilizando um questionário em escala Likert. Os resultados mostram alta concordância de que a judicialização é necessária para garantir o direito à saúde (70,4%) e forte percepção de estresse associado a pacientes e familiares (~93%). O apoio, contudo, é seletivo e pautado na necessidade clínica. Houve maior suporte para judicialização em oncologia visando prolongar a sobrevida (94,4%) do que para controle de sintomas (69,0%). Há consenso sobre a importância dos cuidados paliativos (100%), mas percebe-se sua subutilização e o baixo preparo profissional. Conclui-se pela necessidade de fortalecer a governança, a decisão compartilhada e a educação em paliativos para qualificar as decisões técnico-jurídicas.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Judicialização da saúde. Oncologia clínica. Cuidados paliativos. Comunicação de más notícias. Decisão compartilhada.

RESUMEN

PERCEPCIONES DEL PODER JUDICIAL SOBRE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS — ESTUDIO TRANSVERSAL

La creciente judicialización de la salud en Brasil genera tensiones entre los derechos individuales y la equidad distributiva. Este estudio tuvo como objetivo analizar la opinión de profesionales del poder judicial de Pernambuco sobre el tema. Se realizó un estudio transversal y cuantitativo con 71 profesionales del Tribunal de Justicia de Pernambuco (TJPE), utilizando un cuestionario en escala de Likert. Los resultados muestran un alto grado de acuerdo en que la judicialización es necesaria para garantizar el derecho a la salud (70,4%) y una fuerte percepción de estrés asociado para pacientes y familiares (~93%). Sin embargo, el apoyo es selectivo y se basa en la necesidad clínica. Hubo mayor respaldo a la judicialización en oncología con el objetivo de prolongar la supervivencia (94,4%) que para el control de síntomas (69,0%). Existe consenso sobre la importancia de los cuidados paliativos (100%), pero se percibe su subutilización y la baja preparación profesional. Se concluye que es necesario fortalecer la gobernanza, la toma de decisiones compartida y la educación en cuidados paliativos para cualificar las decisiones técnico-jurídicas.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud. Judicialización de la salud. Oncología clínica. Cuidados paliativos. Comunicación de malas noticias. Toma de decisiones compartida.

ABSTRACT

JUDICIARY PERCEPTIONS OF HEALTH LITIGATION AND PALLIATIVE CARE — CROSS-SECTIONAL STUDY

The growing judicialization of health in Brazil creates tensions between individual rights and allocative equity. This study aimed to analyze the opinion of judiciary professionals in Pernambuco on this issue. A cross-sectional, quantitative study was conducted with 71 professionals from the Court of Justice of Pernambuco (TJPE) using a Likert scale questionnaire. The results show high agreement that judicialization is necessary to guarantee the right to health (70.4%) and a strong perception of associated stress for patients and families (~93%). However, support is selective and based on clinical need. There was greater support for judicialization in oncology aimed at prolonging survival (94.4%) than for symptom control (69.0%). There is a consensus on the importance of palliative care (100%), but its underutilization and low professional preparedness are noted. The study concludes that there is a need to strengthen governance, shared decision-making, and education in palliative care to improve technical-legal decisions.

Keywords: Access to health services. Health judicialization. Clinical oncology. Palliative care. Communication of bad news. Shared decision-making.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE 90222325.4.0000.5569; Parecer 7.785.861; 15/08/2025).
Os dados foram tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Declaram não haver conflito de interesse.

A judicialização da saúde consolidou-se como via relevante para efetivar direitos constitucionais de acesso a tecnologias e serviços em saúde, especialmente quando falhas de provisão ou de governança dificultam o cuidado oportuno. No entanto, seu uso crescente impõe desafios de equidade, alocação de recursos e segurança/efetividade clínica, sobretudo em demandas envolvendo medicamentos de alto custo, uso off-label ou ainda sem incorporação formal. Em paralelo, decisões no fim de vida exigem alinhamento com princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e com práticas como o Planejamento Antecipado de Cuidados, para evitar intervenções desproporcionais e sofrimento evitável.

Na América Latina, a 'judicialização' do acesso à saúde refere-se a milhares de reivindicações, condições e circunstâncias diferentes[1]. Em alguns casos, os pacientes buscam acesso a medicamentos, serviços ou tecnologias aos quais teriam acesso sob cobertura universal se não fosse por deficiências do governo, do sistema de saúde ou da prestação de serviços.[2] Nestas situações, a judicialização do direito à saúde é fundamental para garantir o acesso dos pacientes às tecnologias ou serviços a que têm direito.

No contexto brasileiro, a temática é relativamente recente, porém já se apresenta como um evento complexo e multifacetado gerando repercussões consideráveis para o sistema público de saúde.[3] Um estudo mostrou que o valor total/ano de ações judiciais demandando acesso a medicamentos tinha aumentado quase 10 vezes, beneficiando apenas 175 pacientes, que correspondia a 0,134% de 129.497 habitantes, a um custo de R$ 1.484.389,92 (US$ 740.000), inferindo que o princípio da autonomia desses pacientes e médicos prescritores, comprometeu a equidade e a justa distribuição dos recursos. Concluiu dizendo que isto tem sido injusto e sugeria que a implantação de um Comitê de Bioética poderia atuar como educador e mentor na definição cuidadosa de autonomia, equidade e justiça na alocação de recursos da saúde.[3]

O estado de Pernambuco tem sido afetado pelo crescente número de ações judiciais relacionadas aos medicamentos antineoplásicos. Esse fenômeno tem implicações diretas nas finanças públicas, comprometendo parte significativa do orçamento destinado à saúde. Dito isso, o aumento dos gastos com aquisição desses medicamentos representa um desafio adicional para um estado que já enfrenta dificuldades financeiras e orçamentárias. Visto que houve um gasto de mais de quatorze milhões de reais com medicamentos antineoplásicos judicializados apenas no ano de 2015.[4]

Estudos mostraram que no ano de 2015, o Estado de Pernambuco recebeu um total de 347 ações judiciais referentes a uma variedade de 26 medicamentos antineoplásicos diferentes, dos quais apenas seis (erlotinibe, everolimo, gefitinibe, imatinibe, rituximabe e trastuzumabe) apresentavam recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) pela incorporação ao SUS até o ano de 2015.[5] Além disso cita que dentre os antineoplásicos mais demandados estão a abiraterona, temozolomida, bortezomibe e sorafenibe porém sugere que em outros anos os medicamentos provavelmente serão diferentes, visto que o processo é dinâmico e as necessidades se modificam, exigindo constantes avaliações.[6]

Estudos classificaram de acordo com a taxonomia da judicialização do acesso a medicamentos em tipos A e B/C. A judicialização do tipo A era para medicamentos incluídos em listas ou formulários públicos, oficiais, válidos em uma jurisdição, que deveriam ter sido fornecidos ou reembolsados, mas não foram.[1] A judicialização do tipo B era aquela para medicamentos não listados, não especializados, que, embora talvez mais caros que as alternativas, ainda estão abaixo do que é considerado localmente de alto custo. Por último, a judicialização do tipo C envolve medicamentos não listados e de alto custo por paciente, geralmente inovação complexa, medicamentos não licenciados ou indicações não listadas de medicamentos caros.[1]

O tipo C custa muito mais do que as alternativas; inclui novos tratamentos órfãos, medicamentos ou combinações contra o câncer, novas indicações de alto custo, uso off-label, terapias direcionadas para estágios graves ou de fim de vida, antivirais e antibióticos muito caros. Esses medicamentos podem (ainda) não ter sido revisados por comitês relevantes, foram revisados, mas não incluídos, ou a inclusão pode estar sujeita a negociações de preços contínuas, muitas vezes confidenciais.[1] Alguns exigem centros terciários, especialistas altamente treinados, mais testes (moleculares, genéticos) e, principalmente, boa governança (critérios de elegibilidade, orientação clínica). Em outros lugares, eles só podem existir sob acordos de compartilhamento de risco.[1]

É importante notar que a judicialização, especialmente na oncologia, muitas vezes envolve medicamentos de alto custo, incluindo terapias *off-label* ou ainda não aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Inclusive, em alguns casos, a própria indústria farmacêutica pode aguardar a judicialização em vez de buscar a incorporação via CONITEC.[7] Diante dessa complexidade, a **decisão compartilhada** surge como um imperativo ético, representando um modelo mutualista que supera as abordagens paternalistas e consumistas, ao promover o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes/familiares para um cuidado de qualidade centrado no indivíduo. Isso é crucial, pois a falta de comunicação adequada e a desconsideração das emoções e confiança podem levar a "sofrimento moral" para profissionais de saúde e "ônus decisório" para as famílias, além de agravar o sofrimento emocional dos pacientes em ambientes de alta desconfiança. O investimento em **cuidados paliativos** é, portanto, essencial, pois visa aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, melhorando a qualidade de vida e a autonomia dos pacientes ao longo de toda a trajetória da doença, e não apenas no final da vida, sendo um "bom indicador de qualidade de cuidados paliativos de excelência.[7]

À luz desse contexto, este estudo teve por objetivo analisar a opinião de profissionais do judiciário de Pernambuco sobre a judicialização da saúde no estado. Especificamente, buscou-se compreender sua perspectiva sobre a judicialização na região e analisar implicações e padrões associados, com ênfase em três domínios do questionário: judicialização, fármacos e cuidados paliativos. Essa caracterização pretendeu explorar a situação atual e propor ações para melhoria deste cenário.

OBJETIVOS

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a opinião de profissionais do judiciário de um estado brasileiro sobre a judicialização da saúde, fármacos judicializados e cuidados paliativos. Os objetivos específicos foram descrever o perfil sociodemográfico e profissional da amostra, caracterizar os padrões de apoio à judicialização em diferentes cenários, avaliar o posicionamento sobre a judicialização de fármacos sem amparo regulatório, mensurar a percepção do impacto da via judicial sobre pacientes e famílias e, por fim, mapear as barreiras para a implementação dos cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e participantes: Estudo exploratório, transversal, quantitativo (survey), integrante do projeto âncora "Competência em bioética e cuidados paliativos no contexto da judicialização da saúde no Brasil". A população-alvo foram profissionais vinculados ao Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE). Foram convidados 82 potenciais participantes; 79 acessaram o link; 77 iniciaram o questionário; e 71 atenderam ao critério de completude (≥80% dos itens), compondo a amostra analisada. Critérios de elegibilidade: vínculo ativo com o TJPE e matrícula na Pós-graduação em Direito Médico da Escola da Magistratura de Pernambuco (ESMAPE) ou lotação no NATJUS.

Procedimentos de amostragem. Amostra de conveniência. O convite foi feito antes de aula ministrada por um dos pesquisadores; os questionários foram autoadministrados on-line de 08/09/2025 (janela única de coleta).

Instrumento. Questionário autoral estruturado (Apêndice B), com itens nos domínios judicialização, fármacos e cuidados paliativos, respondidos em escala Likert 0–5 (0=discordo totalmente; 5=concordo totalmente). O instrumento foi elaborado pela equipe com base em referencial teórico e na experiência prática no TJPE/NATJUS. Não houve estudo piloto/pré-teste antes da aplicação.

Desfechos e variáveis. Variáveis demográficas e de formação foram coletadas (idade, sexo, cor/raça autodeclarada, formação, tempo de atuação). Para itens Likert, o desfecho sumarizado foi a "concordância" definida a priori como escores 4–5 (Concordo/Concordo totalmente).

Tamanho amostral e precisão. Não houve cálculo amostral a priori dada a natureza exploratória. Com n=71, a precisão para proporções ao redor de 50% é de aproximadamente ±11–12 pontos percentuais (IC95%), o que orienta a interpretação dos intervalos de confiança.

Análise estatística. As análises foram conduzidas no IBM SPSS v26. Variáveis contínuas foram descritas por média ± desvio-padrão) ou mediana. Variáveis categóricas foram apresentadas como n (%) com IC95%. Para itens Likert, apresentamos % de concordância (4–5) com IC95% pelo método de Wilson; as distribuições completas por categoria estão nas tabelas 1 a 3. Somente questionários com ≥ 80% de completude foram incluídos.

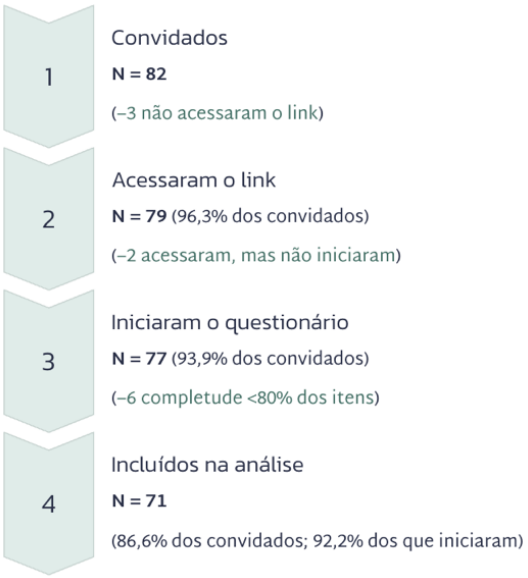
Aspectos éticos e proteção de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE 90222325.4.0000.5569; Parecer 7.785.861; 15/08/2025). Os dados foram tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Relato. O manuscrito segue as recomendações STROBE para estudos observacionais, incluindo fluxograma de participantes (Figura 1) e descrição de perdas.

RESULTADOS

Fluxo Convidamos 82 profissionais; 79 (96,3%) acessaram o link; 77 (93,9% dos convidados; 97,5% dos que acessaram) iniciaram o questionário (Figura 1). Após aplicar o critério de completude (≥80% dos itens), 71 participantes foram incluídos na análise (92,2% dos que iniciaram; 86,6% dos convidados). Seis questionários foram excluídos por baixa completude.

Figura 1. Fluxo de participantes conforme STROBE: convidados (N=82); acessaram (N=79); iniciaram (N=77); incluídos (N=71) após completude ≥80% dos itens. Taxas: 96,3%, 93,9%, 86,6% e 92,2%.



Fonte: Dados da pesquisa

Amostra. A idade foi 41,5 anos (mediana); 41,3±6,5 anos (média ±dp); 29–63 anos (amplitude). Predominaram mulheres (69,0%) e brancos (69,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição geral dos participantes

Questão	Opções	n	% do Total
Sexo	Feminino	49	69.0%
	Masculino	22	31.0%
Cor	Branco	49	69.0%
	Pardo	18	25.4%
	Outros	4	5.6%
Estado civil	Casado(a)	41	57.7%
	Solteiro(a)	22	31.0%
	Divorciado(a)	5	7.0%
	União estável	2	2.8%

Formação acadêmica	Outros	1	1.4%
	Direito	53	74.6%
	Farmácia	12	16.9%
	Medicina	1	1.4%
	Odontologia	1	1.4%
	direito + engenharia	1	1.4%
	Direito e História	1	1.4%
	Direito e Fisioterapia	1	1.4%
	Administração	1	1.4%
Tempo de atuação no TJPE	>10 anos	46	64.8%
	<5 anos	21	29.6%
	5 - 10 anos	4	5.6%

Fonte: *Dados da pesquisa*

Judicialização. Houve alta concordância de que "a judicialização é necessária para garantir o direito constitucional à saúde" (70,4%, 50/71; IC95% 59,0–79,8). Itens sobre impacto da espera em judicialização mostraram concordância elevada tanto para estresse do paciente (93,0%, 66/71; IC95% 84,6–97,0) quanto da família (93,0%, 66/71; IC95% 84,6–97,0). A concordância foi baixa para a ideia de que "toda judicialização é indevida" (12,7%, 9/71; IC95% 6,8–22,4) e para "judicializar independentemente do estado clínico" (28,2%, 20/71; IC95% 19,0–39,5), sugerindo percepção favorável, porém seletiva. Em cenários oncológicos, a concordância para judicializar com intuito de controle/ sobrevida foi 94,4% (67/71) e, para controle de sintomas sem ganho de sobrevida, 69,0% (49/71).

Tabela 2 - Percepção dos entrevistados sobre a judicialização da saúde, medicamentos judicializados e cuidados paliativos.

Afirmativas	Concordância (n)	% concordância (4–5)	IC95%
Sobre judicialização da saúde:			
A judicialização é necessária para garantir o direito constitucional à saúde.	50	70.42	58.98% – 79.77%
Acredito que todas as vezes que há judicialização o doente tem benefício.	9	12.68	6.81% – 22.37%
A espera por um medicamento judicializado gera estresse/desconforto para o doente.	66	92.96	84.55% – 96.95%
A espera por um medicamento judicializado gera estresse/desconforto para a família do doente.	66	92.96	84.55% – 96.95%
Familiares de doentes que precisam judicializar medicamentos e TEM sucesso/acesso têm o luto menos complicado.	35	49.3	38.0% – 60.66%
Familiares de doentes que precisam judicializar medicamentos, mas NÃO tem sucesso/acesso têm o luto mais complicado.	45	63.38	51.76% – 73.63%

É válido recorrer à judicialização quando o tratamento oncológico tem o objetivo de controlar a doença e prolongar a sobrevida.	67	94.37	86.39% – 97.79%
É válido recorrer à judicialização quando o tratamento oncológico tem o objetivo paliativo para controle de sintomas, sem prolongamento de sobrevida.	49	69.01	57.52% – 78.56%
Ao ser favorável à concessão pela via judicial a um medicamento, eu estimo o tempo de chegada dele em relação a possibilidade de progressão no período, evitando conceder quando o medicamento pode chegar e o doente não tenha mais condição para recebê-lo.	32	45.07	34.05% – 56.6%
Sobre medicamentos judicializados:			
É válido recorrer à judicialização das medicações, independente da situação clínica do paciente e estado avançado da doença.	20	28.17	19.04% – 39.54%
É correto recorrer à judicialização de medicamento off-label (que não consta em bula no Brasil)	32	45.07	34.05% – 56.6%
É correto recorrer à judicialização de medicamentos ainda não aprovados pela ANVISA.	13	18.31	11.02% – 28.85%
É correto recorrer à judicialização de medicamentos não aprovados na CONITEC.	23	32.39	22.66% – 43.94%
Sobre cuidados paliativos:			
Os cuidados paliativos são importantes para os pacientes oncológicos.	71	100,00%	94.87% – 100.0%
Os profissionais de saúde estão bem preparados para fornecer cuidados paliativos.	14	19,72%	12.13% – 30.42%
Os cuidados paliativos devem ser oferecidos a todos os pacientes oncológicos.	46	64,79%	53.18% – 74.88%
Você acredita que deveria haver mais campanhas de conscientização sobre cuidados paliativos?	71	100,00%	94.87% – 100.0%
Os cuidados paliativos são subutilizados no tratamento oncológico.	49	69,01%	57.52% – 78.56%
Os pacientes recebem BEM a notícia de que é elegível para cuidados paliativos.	4	5,63%	2.21% – 13.61%
As famílias dos pacientes recebem BEM a notícia que o paciente é elegível para cuidados paliativos.	7	9,86%	4.86% – 18.98%
Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos pacientes.	71	100,00%	94.87% – 100.0%
Os cuidados paliativos podem PROLONGAR A SOBREVIDA dos pacientes.	39	54,93%	43.4% – 65.95%

Nota de rodapé: "Concordância definida como escores 4–5 (Concordo/Concordo totalmente). IC95% pelo método de Wilson. n válido por item=71.

Medicamentos judicializados: Observou-se concordância intermediária para uso off-label (45,1%; IC95% 34,1–56,6) e baixa para medicamentos sem aprovação da ANVISA (18,3%; IC95% 11,0–28,9) e não incorporados pela CONITEC (32,4%; IC95% 22,7–43,9). Em síntese, quanto menor o amparo regulatório, menor o apoio — padrão coerente com as teses do STF (Temas 6, 500 e 1234).

Cuidados paliativos: Observou-se concordância unânime de que "os cuidados paliativos são importantes aos pacientes oncológicos" (100%, 71/71; IC95% ≈95,0–100,0) e de que são subutilizados na oncologia (69,0%, 49/71). Houve concordância baixa quanto ao preparo dos profissionais (19,7%, 14/71) e à percepção de que pacientes/famílias recebem bem a elegibilidade para paliativos (pacientes: 5,6%, 4/71; famílias: 9,9%, 7/71), indicando lacunas formativas e comunicacionais. A crença de que paliativos prolongam sobrevida foi 54,9% (39/71).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os profissionais do TJPE reconhecem a judicialização como instrumento necessário para efetivar o direito constitucional à saúde (70,4%), mas a consideram estratégica e seletiva, não "sempre benéfica" (12,7% de concordância) e dependente do contexto clínico — maior apoio quando há chance de controle/prolongamento de sobrevida (94,4%) e adesão intermediária quando apenas controle de sintomas (69,0%). O apoio diminui conforme o amparo regulatório enfraquece: é intermediário para uso off-label (45,1%), e baixo para medicamentos sem aprovação da ANVISA (18,3%) e não incorporados pela CONITEC (32,4%). Esta ambivalência, clínica e regulatória, é coerente com a moldura normativa fixada pelo STF no Tema 6 — e reforçada pelos Temas 500 e 1234 — que condiciona a concessão de medicamentos não incorporados ao SUS a critérios estritos (comprovação de necessidade, ineficácia das alternativas padronizadas, incapacidade financeira, avaliação técnico-científica), buscando equilíbrio entre o direito individual e a equidade alocativa do SUS.[8,9,10]

A forte concordância de que a espera por medicamentos judicializados é estressante para pacientes e famílias (≈93% em ambos) reforça o custo humano da via judicial e sustenta intervenções *upstream*: melhoria de governança de incorporação (CONITEC), qualificação de pareceres técnico-científicos (NAT-JUS) e decisão compartilhada para prevenir demandas desnecessárias. O STF, ao julgar o Tema 6, consolidou parâmetros para pedidos de alto custo não incorporados, e, mais recentemente, o Tema 1.234 tratou da competência federal e legitimidade passiva em demandas por medicamentos registrados na Anvisa, mas não padronizados no SUS (com recorte de custo anual). Essas diretrizes têm impacto direto sobre fluxos processuais, repartição de responsabilidades entre entes federativos e padronização de provas (p.ex., demonstração de necessidade clínica, negativa administrativa, inexistência de substituto terapêutico). [8,9]

Quanto a fármacos sem registro (off-label/experimentais), a posição mais restritiva encontrada no estudo dialoga com o Tema 500 do STF: regra geral de não fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa, com exceções estritas (mora irrazoável da agência, registro em autoridades estrangeiras de referência e ausência de substituto terapêutico). Este balizamento, somado às teses do Tema 6, foi reiterado em materiais oficiais (CNS, tribunais), compondo um novo regramento que tende a reduzir a variabilidade decisória e a oneração orçamentária sem lastro em evidência. Em paralelo, decisões de 2024–2025 do STF/STJ vêm ajustando competência e cautelas processuais (p.ex., casos de cannabis e competência federal), com reflexos para rotinas do NAT-JUS e da Procuradoria. [10]

No eixo de cuidados paliativos, os dados trazem mensagens claras: consenso de importância e de subutilização (100% e 69%, respectivamente), baixa percepção de preparo profissional (19,7%) e baixa aceitação da elegibilidade por pacientes/famílias (5,6%/9,9%). Essa combinação sugere lacunas formativas e comunicacionais que podem retroalimentar a judicialização "defensiva" — exatamente onde o Tema 6 exige escrutínio das indicações clínicas e onde políticas de educação permanente (para saúde e justiça) e comunicação de más notícias podem reduzir sofrimento e litigiosidade. Em termos práticos, é plausível que campanhas de conscientização (100% de concordância) e protocolos assistenciais explícitos para transições para paliativos (com planejamento antecipado de cuidados) melhorem a proporcionalidade terapêutica e diminuam pedidos sem ganho de sobrevida, alinhando-se à bioética da ortotanásia já reconhecida na norma profissional. [11,12]

Nesse contexto, o conceito de decisão compartilhada em cuidados paliativos parece surgir como uma ferramenta importante no que tange a diminuição de judicializações em saúde e a consequente diminuição da oneração do Sistema Único de Saúde. Na decisão compartilhada, profissionais colocam suas opiniões técnicas sobre doenças, assegurando também a compreensão dos valores de vida dos pacientes, respeitando suas vontades e individualidades enquanto mantêm a boa prática profissional baseada em evidências consistentes. Desta forma, diminui-se as chances de ocorrência de ortotanásia ao mudar o foco curativista e passar a enxergar os cuidados em saúde pela lente do conforto e qualidade de vida nos casos em que as chances de cura estejam esgotadas clinicamente. [7]

Um achado notável é a percepção sobre os cuidados paliativos. Embora exista unanimidade de que os cuidados paliativos melhorem a qualidade de vida de pacientes oncológicos e mais da metade (54,9%) acredite que podem até prolongar a sobrevida, o uso da judicialização para tratamentos paliativos com foco exclusivo no controle de sintomas é dicotômica. Isso sugere que, na visão dos entrevistados, o valor do cuidado paliativo é inquestionável, mas sua obtenção através de uma ação judicial muitas vezes estressante e dispendiosa para um tratamento sem impacto na sobrevida pode ser considerada inadequada de acordo com este estudo.

Essas respostas servem como provocações e nos convidam a realizar um questionamento importante: na balança entre o direito à saúde através da judicialização e oneração do sistema de saúde que torna desigual a distribuição de recursos, como tomar decisões de forma justa? Como a decisão compartilhada pode ajudar a diminuir a judicialização? Como a judicialização sem indicações clínicas robustas pode endossar a prática da ortotanásia?

Futuras pesquisas poderiam explorar essas questões por meio de estudos comparativos. Além disso, considerando a percepção unânime sobre a necessidade de mais conscientização sobre cuidados paliativos, seria relevante investigar o impacto de programas de educação continuada para profissionais do direito e da saúde sobre o perfil da judicialização em oncologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais do TJPE veem a judicialização como instrumento necessário, porém seletivo, para efetivar o direito à saúde. A concordância é alta quando há perspectiva clínica de benefício (controle/prolongamento de sobrevida) e menor quando a indicação é independente do estado clínico. Reconhece-se o custo humano da via judicial — estresse para pacientes e famílias — e valoriza-se a observância regulatória (ANVISA/CONITEC) e a coerência das indicações. Em cuidados paliativos, há consenso quanto à importância e percepção de subutilização, mas baixa sensação de preparo profissional e aceitação por pacientes/famílias, apontando lacunas formativas e de comunicação. Em conjunto, os achados sustentam a necessidade de governança clínica e jurídica integrada (NAT-JUS, CONITEC, gestores e magistrados), decisão compartilhada e protocolos assistenciais que reduzam litigiosidade desnecessária e qualifiquem o cuidado.

FORÇAS E LIMITAÇÕES

Forças

- Foco inédito na **perspectiva de profissionais do judiciário** (TJPE/NAT-JUS/ESMAPE), atores centrais na interface entre evidência e decisão.
- **Medições claras**: definição operacional de concordância (Likert 4–5), **IC95% (Wilson)** por item e relato conforme **STROBE** (fluxograma, n válidos).
- Abrangência temática nos **três domínios** (judicialização, fármacos, paliativos), permitindo leitura integrada.

Limitações

- **Amostra de conveniência** de um único estado; generalização limitada.
- **Instrumento autoral sem pré-teste/validação**; risco de viés de mensuração (mitigado parcialmente por análises de consistência interna, se realizadas).
- **Transversal** e **autorreferido**: não permite inferir causalidade nem vincular percepções a **desfechos objetivos** (custos, tempo até o acesso, sobrevida).
- Possível **viés de seleção/informação** pelo contexto educacional do convite e **mistura de perfis** (judiciário/ESMAPE).
- Poder estatístico limitado para **comparações de subgrupos**.

RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Política e gestão (curto prazo)

1. **Gestores do SUS:** antecipar "zonas de atrito" (alto custo/off-label/fim de vida) com linhas de cuidado oncológicas, protocolos de elegibilidade e rotas rápidas de CONITEC/atualização de PCDT.
2. **Paliativos:** implementar *triggers* institucionais de encaminhamento, PAC e rotinas de comunicação de más notícias; campanhas de letramento em paliativos para profissionais, pacientes e operadores do direito.

Pesquisa (médio prazo)

1. **Amostras probabilísticas e multicêntricas** (outros estados/tribunais) para melhorar a generalização.
2. **Vinculação de bases** (processos, farmácia, oncologia) para mensurar desfechos objetivos (tempo até início de tratamento, eventos clínicos, custos, qualidade de vida).
3. **Ensaios de implementação**: avaliar o efeito de protocolos de decisão compartilhada e cursos de paliativos sobre a taxa e o perfil de judicializações.

Referências

1. Freiberg A, Espin J. Towards a taxonomy of judicialisation for access to medicines in Latin America. Glob Public Health. 2022 Jun;17(6):912-925. doi: 10.1080/17441692.2021.1892794. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33650934.
2. Dittrich R, Cubillos L, Gostin L, Chalkidou K, Li R. The International Right to Health: What Does It Mean in Legal Practice and How Can It Affect Priority Setting for Universal Health Coverage? Health Syst Reform. 2016 Jan 2;2(1):23-31. doi: 10.1080/23288604.2016.1124167. PMID: 31514659.
3. Zago Bruna, Swiech Liliane Mayumi, Bonamigo Elcio Luiz, Schlemper Junior Bruno Rodolfo. Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. Acta bioeth. [Internet]. 2016 Nov [citado 2024 Mayo 05] ; 22(2): 293-302. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200016&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200016.
4. SOUZA, Camila Claudino de. Análise dos fatores associados à judicialização da saúde no estado de Pernambuco. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.
5. Barreto AAM, Guedes DM, Rocha Filho J de A. A judicialização da saúde no Estado de Pernambuco: os antineoplásicos novamente no topo?. R. Dir. sanit. [Internet]. 18º de novembro de 2019 [citado 5º de maio de 2024];20(1):202-2. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164216
6. LOPES, Luciane Cruz et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo, cit., p. 620-628. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CGS. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010Aug;44(4):620–8. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400005
7. Vidal EI de O, Kovács MJ, Silva JJ da, Silva LM da, Sacardo DP, Bersani AL de F, **et al.** Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos [Internet]. **Cadernos de Saúde Pública**. 2022;38(9):e00130022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/JH99CDHVZVLMhHjv8XjTSzm/?lang=pt [citado 2025 set 26]. doi:10.1590/0102-311XPT130022
8. Supremo Tribunal Federal. Tema 6 [Internet]. Brasília (DF): STF; [citado 2025 set 26]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=6
9. Supremo Tribunal Federal. Tema 1.234 [Internet]. Brasília (DF): STF; [citado 2025 set 26]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234
10. Supremo Tribunal Federal. Tema 500 [Internet]. Brasília (DF): STF; [citado 2025 set 26]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=500
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024: institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS [Internet]. Brasília (DF): MS; 2024 [citado 2025 set 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
12. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022: altera os arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014 [Internet]. Brasília (DF): CNE/MEC; 2022 [citado 2025 set 26]. Disponível em: https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4102/resolucao-cne-ces-n-3