

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrícia Jorge Gonçalves

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS AÇÕES JUDICIAIS EM UM SETOR DE  
REFERÊNCIA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE JUIZ DE FORA**

Juiz de Fora  
2018

**Patrícia Jorge Gonçalves**

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS AÇÕES JUDICIAIS EM UM SETOR DE  
REFERÊNCIA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE JUIZ DE FORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Chaoubah  
Coorientador: Dr. Guilherme Côrtes Fernandes

Juiz de Fora  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela proteção permanente nas viagens, acolhendo todas as minhas orações.

Aos meus pais e irmãos, pelo carinho, pelo incentivo e apoio em todas as minhas decisões.

Ao meu marido, Alexandre, pela compreensão da ausência nos momentos de dedicação ao estudo, e se fazer presente a cada instante com demonstrações de carinho.

Ao Professor Dr. Alfredo Chaoubah, pela orientação, pela tranquilidade e pela confiança.

Ao Dr. Fabiano Loures, pelos conhecimentos técnicos, pela valiosa contribuição na concretização desta pesquisa.

Ao Dr. Guilherme Côrtes Fernandes, pela coorientação e auxílio na escolha do tema e definição da pesquisa.

Ao Dr. Guillermo Patrício Ortega e Professora Dra. Luciana Gaspar Melquíades, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições nas bancas examinadoras.

Aos colegas mestrandos, em especial Flávia, Rafaela, Priscila, Jéssica, Fabiana, Camila e Natália, pelas trocas de conhecimentos, informações, momentos de descontração e muitas risadas que me proporcionaram. Agradeço, especialmente, as amigas da Flávia e da Natália, companheiras nessa difícil caminhada.

A tia Marlene e as primas, Ana e Yasmin, pelo carinho, pelas conversas e por me receberem muito bem, e que muito me ajudaram nessa caminhada longe de casa.

Aos professores e funcionários do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial a Elisângela por toda presteza e carinho.

## RESUMO

A saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado após marcos no setor, como a Reforma Sanitária, na década de 1970; a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; e por fim a Constituição de 1988. Em 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual garante a saúde de forma universal e igualitária. Uma vez que o direito à saúde é direito fundamental e não pode ser descumprido, cabe a intervenção do Poder Judiciário quando esse direito é negado, fenômeno denominado judicialização da saúde. As demandas judiciais têm gerado grandes custos e várias consequências ao sistema de saúde. O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto das ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG. Foi realizada análise dos prontuários dos pacientes que passaram por cirurgia no setor de Ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora no ano de 2016. E logo após, os pacientes advindos de ação judicial foram identificados, dividindo assim, os pacientes em dois grupos. As variáveis analisadas foram: sexo e idade do paciente; tempo de internação, desfecho e custos, os quais foram desmembrados em: diárias, honorários, procedimentos e materiais e medicamentos. Os resultados demonstraram que os pacientes que realizaram cirurgias por via judicial são, em sua maioria, idoso, com leve predominância do sexo masculino. A maioria das demandas é para a garantia de cirurgias do sistema osteomuscular de membros inferiores, representando 65,9% das cirurgias realizadas por ação judicial em 2016, que também são as cirurgias mais demandadas por via convencional. O custo direto das cirurgias por processos judiciais foi estimado em R\$ 2.340.301,68. As diárias representaram o maior custo, sendo responsável por 90,7%. A judicialização nesse estudo expõe deficiências do SUS quanto à oferta de serviços, uma vez que todas as cirurgias demandadas através de ação judicial já são contempladas pelo sistema público de saúde. Assim, os aspectos como: a individualidade e os prazos para cumprimento prevalecem sobre o coletivo e os que esperam nas filas.

**Palavras-chaves:** Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Cirurgias.

## ABSTRACT

Health became the right of all and the duty of the State after milestones in the sector, such as the Sanitary Reform, in the 1970s; the 8th National Health Conference, in 1986; and finally the 1988 Constitution. In 1990, the Organic Health Law No. 8,080 was created, which established the Unified Health System (SUS), which guarantees health in a universal and egalitarian way. Since the right to health is a fundamental right and can not be disregarded, it is the intervention of the Judiciary when this right is denied, a phenomenon called judicialization of health. The lawsuits have generated great costs and several consequences for the health system. The present study aims to evaluate the impact of legal actions in the orthopedic sector of Santa Casa de Juiz de Fora/MG. An analysis was carried out of the medical records of patients who underwent surgery in the orthopedic sector of Santa Casa de Juiz de Fora in the year 2016. Soon afterwards, patients from a judicial action were identified, thus dividing the sample into two groups. The analyzed variables were: sex and age of the patient; time of hospitalization, outcome and costs, which were broken down into: daily, fees, procedures and materials and medicines. The results showed that patients who underwent surgeries by judicial means are mostly elderly, with a slight predominance of males. The largest of the demands is to guarantee osteomuscular lower limb surgeries, accounting for 65.9% of surgeries performed by lawsuit in 2016, which are also the most commonly performed surgeries. The direct cost of surgeries for legal proceedings was estimated at R\$ 2,340,301.68. The daily were those that presented the highest cost, accounting for 90.7%. The judicialization in this study exposes deficiencies of the SUS regarding the offer of services, once all the surgeries demanded by lawsuit are already contemplated by the public health system. Thus, the aspects, such as: individuality and deadlines for compliance prevail over the collective and those waiting in the queues.

**Keywords:** Right to Health. Legalization of Health. Surgeries.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Procedimentos de alta complexidade de acordo com as unidades de referência do município de Juiz de Fora/MG ..... | 22 |
|---|----|

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Tempo da internação até a cirurgia, da cirurgia até a alta e de internação no grupo convencional e judicial, das cirurgias realizadas em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora .....42
- Gráfico 2 - Distribuição dos custos das cirurgias realizadas no grupo judicial em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora .....46
- Gráfico 3 - Distribuição dos custos das cirurgias realizadas no grupo convencional em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora ..... 46

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Tipos de grupos de cirurgias, de acordo com o SIGTAP, realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial .....43
- Tabela 2 - Análise do custo médio das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial .....45
- Tabela 3 - Análise do valor médio total, valor médio da receita e valor médio resultado das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial .....47
- Tabela 4 - Análise do valor total, valor receita e valor resultado das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial .....48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| AIDS   | Síndrome de Imunodeficiência Humana                     |
| CNES   | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde           |
| CNJ    | Conselho Nacional de Justiça                            |
| CNS    | Conferência Nacional de Saúde                           |
| COAP   | Contrato Organizativo da Ação Pública                   |
| ESF    | Estratégia de Saúde da Família                          |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística         |
| NOAS   | Norma Operacional de Assistência a Saúde                |
| NOBs   | Normas Operacionais Básicas                             |
| OS     | Organizações Sociais                                    |
| PDI    | Plano Diretor de Investimentos                          |
| PDR    | Plano Diretor de Regionalização                         |
| SIGTAP | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos     |
| SISREG | Sistema Nacional de Regulação                           |
| SPSS   | <i>Software Statistical Package for Social Sciences</i> |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                  |
| UPI    | Unidade de Prática Integrada                            |
| UTI    | Unidade de Terapia Intensiva                            |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                            | 10 |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....                 | 13 |
| 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....                   | 13 |
| 2.2 AÇÕES E SERVIÇOS NO SUS .....                    | 15 |
| 2.3 REGULAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS .....        | 17 |
| 2.4 SAÚDE COMO DIREITO.....                          | 24 |
| 2.5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....                    | 27 |
| 2.6 CUSTOS EM SAÚDE .....                            | 30 |
| 2.7 ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ..... | 31 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....                             | 34 |
| 3.1 OBEJTIVO GERAL .....                             | 34 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                      | 34 |
| <b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....                   | 35 |
| 4.1 DESENHO DO ESTUDO .....                          | 35 |
| 4.2 ASPECTOS ÉTICOS .....                            | 35 |
| 4.3 LOCAL DO ESTUDO .....                            | 35 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....           | 36 |
| 4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....                 | 36 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                | 40 |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....                             | 50 |
| REFERÊNCIAS .....                                    | 51 |
| ANEXOS .....   | 57 |

## 1 INTRODUÇÃO

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pelas mobilizações em defesa da Reforma Sanitária Brasileira e pela luta para a democratização da saúde, momento fundamental que subsidiou as propostas apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e que posteriormente foram incorporadas a Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo público de saúde vigente no Brasil. Posteriormente foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) e pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (VASCONCELOS & PASCHE, 2012).

Após a Constituição (Brasil, 1988) a saúde passou a ser garantida pelo Estado por meio de um sistema único e descentralizado, com direção única em suas esferas de governo, de atendimento integral e com participação da comunidade (BRASIL, 2015). O SUS é um sistema orientado por um conjunto de diretrizes e princípios válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, de acesso universal e gratuito (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

O direito à saúde é um direito social, de acordo com a Constituição, e a concretização desse direito depende da elaboração e implementação de políticas públicas, as quais têm como objetivos melhorar as condições de vida da população. A fim de atender a esses preceitos legais, as políticas de saúde devem ser implantadas em escala coletiva (MARQUES & DALLARI, 2007).

Segundo Paim e Teixeira (2006), política de saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização, como o Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado e sociedade, as reações às condições de saúde da população, por meio de propostas e prioridades para a ação pública.

É inquestionável o aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde desde a implantação do SUS, porém o sistema ainda enfrenta muitos desafios para garantia dos seus princípios de universalidade, integralidade e igualdade, evidenciando a necessidade de uma reforma em sua estrutura de financiamento com o objetivo de garantir sua sustentabilidade em longo prazo (PAIM *et al.*, 2011).

A condenação do Estado através de decisões judiciais, devido à omissão na implementação dos direitos sociais fundamentais, é compreendida como judicialização das políticas públicas (SOUZA, 2012). A crescente atuação do judiciário na concretização dos direitos sociais foi impulsionada pela não execução das políticas públicas, pelo fortalecimento do Poder Judiciário e pelo amparo constitucional dos direitos fundamentais (BARROS, 2015).

De acordo com Roque (2014), a judicialização da saúde é caracterizada pela demanda do cidadão ao Poder Judiciário na interferência das políticas públicas para garantia do direito constitucional à saúde, quando ocorre assistência à saúde insuficiente. Estudos apontam que esse tipo de intervenção no SUS aumenta as iniquidades no acesso, desconsiderando o princípio da igualdade, ao fato que privilegia determinados indivíduos que apresentam maior poder de reivindicação, em relação a outros (PEPE *et al.*, 2010). No entanto, é evidente o crescimento das demandas judiciais individualizadas contra os entes públicos, relacionadas a procedimentos e insumos de saúde (VENTURA *et al.*, 2010).

Estudos sobre análise de demandas judiciais no SUS são necessários para respaldar os debates de como a judicialização vem interferindo na política pública de saúde, afetando a gestão do SUS, provocando mudanças na programação estabelecida para as ações e serviços de atendimento à saúde, além de gerar custos não programados ao sistema. E ainda levanta uma importante reflexão entre duas questões: direito e saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto das ações judiciais em um setor de referência de um hospital de grande porte de Juiz de Fora/MG.

Os dados gerados pelo presente estudo serão de grande relevância, uma vez que irão avaliar o acesso a cirurgias na Santa Casa de Juiz de Fora e como as

cirurgias por via judicial interferem no tempo de espera e na demanda das cirurgias por via convencional, além de quantificar os custos com cirurgias demandadas por ações judiciais realizadas no referido hospital para o SUS.

A pesquisa apresentou como limitação, a não investigação da complexidade dos pacientes advindos de ação judicial e a quantificação do tempo que esses pacientes já estavam esperando as cirurgias.

Este estudo está estruturado inicialmente por uma revisão da literatura, abordando a organização do Sistema Único de Saúde, a saúde como direito, a judicialização da saúde, os custos em saúde e a especialidade de ortopedia e traumatologia no SUS. Posteriormente são apresentados seus objetivos, material e métodos, resultados e discussões, seguidos de sua conclusão.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O período do fim do século XVIII e início do século XIX, foi marcado pelo desenvolvimento do capitalismo, o corpo era visto como força de produção, força de trabalho, e ao contrário do que se esperava, na época iniciou a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva. A partir dos anos 40 do século XIX, foram criadas as condições para a emergência da medicina social, quando foi levantado o problema do corpo que trabalha, do operário (FOUCAULT, 1979). De acordo com Nunes (2006) a partir desse momento são levantados alguns princípios básicos, que se tornariam parte integrante do discurso sanitário, a saúde como um assunto de interesse societário, a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros, o impacto das condições sociais e econômicas sobre a saúde e a doença, e que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas.

Na América Latina, as primeiras análises sobre medicina social datam de 1980 e 1990, com ênfase na compreensão do processo saúde-doença, assim como das relações com o campo da epidemiologia, da organização social da saúde e das relações saúde e trabalho. Em relação ao Brasil, os anos 1970 representam um momento em que o campo da saúde coletiva inicia a sua estruturação formal, com as ideias defendidas em que a medicina social era um estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando saúde e bem estar das populações (NUNES, 2006).

Em três décadas, o Brasil realizou um intenso projeto de conhecimento da saúde e de movimentos em direção às reformas, o final dos anos de 1970 foi marcado pela construção teórico-conceitual nas discussões de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente, enfatizando a tarefa de repensar a saúde de maneira ampliada, com a criação dos cursos de pós-graduação em saúde pública e medicina social, que depois foram enquadrados como saúde coletiva. Na década

de 1980 com a construção do campo da saúde coletiva, surgiu a necessidade de reformulação do setor saúde e da concepção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, acontecendo assim o movimento sanitário. Essa fase denominada político ideológica, foi marcada pela disseminação das propostas da reforma, momento especial na história da saúde no Brasil, representado pela universalização das políticas sociais. Finalmente, a década de 1990 foi representada pela fase político-institucional e político-administrativa, com a consolidação do projeto de reforma da saúde, através da Constituição (Brasil, 1988), criação do sistema de saúde e promulgação de leis na área da saúde (NUNES, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 foi um marco para a reforma e redefinição do sistema público de saúde no Brasil, experiências essas que tiveram início após a derrotada do regime militar. A 8ª CNS abordou temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, os quais foram debatidos até a aprovação da Constituição de 1988. Um capítulo específico sobre seguridade social também foi acrescentado na Constituição, após grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda, trazendo a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade com o objetivo de garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Assim, pela primeira vez na história, a saúde é inscrita como direito de todos os cidadãos brasileiros e obrigação do Estado. A Constituição de 1988 adotou uma concepção ampla da saúde e instituiu o SUS, materializando a política de saúde (BRASIL, 2015).

A implantação do SUS teve início no princípio da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), complementada pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b). A Lei nº 8.080/90 menciona a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais com o objetivo de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento

de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços (BRASIL, 1990a).

Os princípios normativos e doutrinários do SUS de universalidade, igualdade, integralidade e equidade, foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde. A universalidade de acesso é a expressão que todos possuem o mesmo direito de obter as ações e os serviços, independente do custo, da complexidade e natureza. A igualdade na assistência à saúde, quer dizer que não devem existir preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS. A integralidade é compreendida como um conjunto contínuo e articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

Como instrumento de previsão de ações e racionalização de recursos e de mobilização de sujeitos, o planejamento está previsto no ordenamento jurídico do SUS. Preconiza-se uma lógica ascendente e participativa, do município a União, e a aprovação dos planos e programas nas instâncias de controle social nas três esferas de gestão (VASCONCELOS & PASCHE, 2012).

O financiamento do SUS tem se apresentado como uma preocupação permanente dos gestores, sendo tema constante de discussões. Diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras, garantir a universalidade e integralidade e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se tornado um grande desafio para os gestores (BRASIL, 2011a).

## 2.2 AÇÕES E SERVIÇOS NO SUS

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A rede de atenção à saúde é um

conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

Uma das diretrizes organizativas do SUS é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, que enfatiza a descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização com comando único implica que governos estaduais e principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde, aumentando assim a capacidade de resposta dos governos aos problemas de saúde da comunidade. Mas, é evidente que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, além de envolverem tecnologias de diferentes níveis de complexidade, especialização e custo, então surge a necessidade de organizar a rede de serviços do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Para a organização dos serviços e ações, é necessário definir os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuir os serviços geograficamente (regionalização). Os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários estão em um nível mais básico, esses serviços devem se distribuir o mais amplamente possível em todo o território nacional. Em um nível mais complexo estão os hospitais e outras unidades capazes de realizar procedimentos menos frequentemente necessários, como cirurgias, transplantes e ressonâncias. Nesse sentido, os usuários devem ser encaminhados para unidades mais complexas do sistema quando necessário e depois devem retornar a unidade de origem (nível mais básico do sistema) para acompanhamento, estabelecendo assim os mecanismos de referência e contra referência (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto, são consideradas portas de entrada às ações e serviços de saúde

nas redes de atenção à saúde. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatórios especializados, entre outros de maior complexidade, são referenciados pelas portas de entrada (BRASIL, 2011a).

A atenção primária é responsável pela avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, fundamentando assim o acesso às ações e serviços de saúde. Ao usuário é assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as modalidades de serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2011a).

Segundo Souza (2002), a descentralização do SUS esbarra com dificuldades institucionais, de financiamento, e problemas estruturais do sistema de saúde. O sistema descentralizado possui características heterogêneas no território nacional, como: diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para prestação de serviços de saúde. A gestão descentralizadora do SUS consiste num verdadeiro desafio aos gestores nos três níveis do governo para a conformação de uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso dos usuários entre os todos os níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal.

### 2.3 REGULAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS

Os principais avanços do governo com objetivo de promover a regulação e a operacionalização do sistema de saúde brasileiro são representados através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), do Pacto de Gestão e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

As NOAS nº 01/2001 e 01/2002 apresentaram como finalidade a consolidação do processo de regionalização no sistema de saúde, visando garantir a equidade e o acesso aos serviços de saúde do SUS. A NOAS nº 01/2001 introduziu o conceito de redes assistência com a criação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI). E a NOAS 01/2002 estabeleceu a

regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, tendo como instrumento o PDR, e criou ainda mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2006; SOUZA, *et al.*, 2010).

A ferramenta de gestão e planejamento que visa proporcionar maior acesso à saúde é representada pelo PDR. No planejamento da saúde, ele deve estabelecer uma base do território e da população para cálculo das necessidades e das prioridades na alocação dos recursos. Para que os serviços de saúde sejam realizados com efetividade e qualidade, o PDR deve ser elaborado dentro da lógica da população e de seus fluxos e, ainda, nos princípios das redes de atenção, exigindo articulação entre os diversos pontos de atenção em territórios sanitários estabelecidos (MALACHIAS *et al.*, 2013).

A organização da assistência à saúde em Minas Gerais é regulada pela concepção de redes de atenção à saúde e formação de territórios sanitários, estabelecendo uma base territorial capaz de arcar com o seu projeto de regionalização. Assim, o PDR de Minas Gerais foi estruturado com a associação de critérios técnicos culturais, de organização dos serviços e de negociação política (para a formação de regiões com maior número possível de municípios), com a observação constante dos critérios de economia, de acesso e qualidade (MALACHIAS *et al.*, 2013).

A base territorial mineira foi criada com 853 municípios, divididos em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde, organizadas de forma que o Município seja responsável pela atenção primária à saúde; a microrregião reunindo, de forma mais concentrada, as unidades de saúde de média complexidade e a macrorregião englobando as unidades de alta complexidade. Entre as 13 macrorregiões existentes em Minas Gerais, destaca-se a Sudeste, composta por 94 municípios da Zona da Mata, representando uma população de 1.575. 629 habitantes e por oito microrregiões, entre as quais está inserida a microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas. Esta microrregião, por sua vez, é constituída por 25 municípios, representando uma população de 642.353 habitantes, tendo Juiz de Fora como polo assistencial de microrregião e da macrorregião Sudeste (MALACHIAS *et al.*, 2013).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 introduziu novos conceitos e instrumentos, como o mapa da saúde, o plano de saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), propondo assim inovações e aperfeiçoamentos à forma de organização e planejamento do SUS. Esse regulamento define a região de saúde como um conjunto de municípios vizinhos, identificados pela cultura e os hábitos de cada população, com o objetivo de promover ações integradas no atendimento da saúde. As consultas e atendimentos são organizados em uma rede hierarquizada de serviços, reforçando a atenção básica como o atendimento inicial, mas também são reconhecidas outras portas de entrada na rede: serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. Caso seja necessário, os casos serão encaminhados aos níveis secundário (serviços especializados) e terciário (hospitais) de referência no SUS. O objetivo é que cada região de saúde arque com a cobertura da maior parte das necessidades de saúde daquela população, sendo que as demais serão atendidas entre regiões (BRASIL, 2011a).

Cada região de saúde deve formular um Mapa da Saúde, com o objetivo de conhecer e articular as necessidades de saúde da população definida com os serviços de saúde prestados pelo SUS. O mapa da saúde é o instrumento de identificação das necessidades de saúde de cada região e orienta a elaboração dos Planos de Saúde para os municípios, regiões de saúde e estados. O Plano de Saúde representa o conjunto de metas e objetivos propostos para cada município de cada estado e os investimentos a serem feitos nos serviços de saúde, o qual deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2011a).

As atividades de controle, regulação e avaliação da assistência à saúde a serem desenvolvidas pelas três esferas de governo são reguladas pela Portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002, a qual determina o conhecimento de todos os prestadores de serviços e sua capacidade instalada, o acompanhamento da oferta de acordo com a programação estabelecida, a autorização de procedimentos e o estabelecimento de contratos com os prestadores. A regulação envolve tanto o nível das referências intermunicipais, quanto dos prestadores de serviços de saúde, e cabe ao responsável pela gestão desses serviços (município ou Estado). Assim, são funções dos três níveis governamentais: controlar, regular e avaliar a prestação de serviços sob sua gestão, através da utilização de instrumentos de apoio, como: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as Centrais de

Regulação, os contratos de prestação de serviços de saúde, o financiamento, a programação assistencial e as bases de dados nacionais (BRASIL, 2003).

Com o objetivo de promover a equidade do acesso, a regulação assistencial deve garantir a integralidade da assistência e permitir ajustes entre a oferta assistencial disponível e as necessidades imediatas do usuário, exigindo assim planejamento, o qual pode ser favorecido com uso do instrumento de contratualização, representando uma alternativa legal para suprir a demanda da população por serviços de saúde e para facilitar sua regulação e seu planejamento (MARQUES, 2015).

A Portaria Interministerial nº 1.006 MEC/MS de 2004 dispõe da contratualização hospitalar, processo formalizado por meio de um contrato, em que o representante legal do hospital e o gestor (municipal ou estadual) estabelecem metas quantitativas e qualitativas, visando o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar (BRASIL, 2004).

A contratualização acontece quando o gestor de saúde (municipal ou estadual) que tem o dever legal de garantir e ofertar assistência em saúde à população verifica se possui estrutura adequada e suficiente em sua rede pública de atenção à saúde. Se esta oferta de serviços de saúde dentro da rede de atenção não for suficiente, é permitida legalmente ao Estado a compra de serviços de saúde, conforme previsto na NOAS nº 01/2002 e de acordo com o princípio da complementaridade do setor privado no SUS. Logicamente, esta compra deve atender à legislação vigente e aos interesses públicos, e ser pautada nas necessidades assistenciais da população (BRASIL, 2003).

A prioridade é atender às necessidades da população, a contratualização dos serviços de saúde deve pautar em oferecer melhor resposta ao alcance das necessidades, através de uma prestação de serviços de qualidade e com processo bem definido, em que sejam claramente estabelecidas as metas e os resultados a serem alcançados, e tendo como foco permanente as necessidades de saúde da população (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010).

Para formalização da compra de serviços de saúde existem vários tipos de contratos que podem ser firmados entre o gestor público e os prestadores de

saúde, dentre os quais: 1) Termo de Compromisso entre entes públicos, firmado entre níveis de governo; 2) Convênio, firmado entre os próprios gestores do SUS, entre entes públicos ou entre estes e entidades filantrópicas; 3) Contrato de Gestão, estabelecido entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como as Organizações Sociais (OS), que são contratadas para gerenciar um hospital público, através de licitação e não se trata da contratação de um hospital privado; e 4) Contratos de Compra de Serviços ou Contratos Administrativos, modalidade estabelecida entre poder público e os prestadores privados (com ou sem fins lucrativos) sendo o pagamento realizado por produção (BRASIL, 2003, 2011b).

Em Juiz de Fora, o atendimento hospitalar de média complexidade é realizado por hospitais conveniados ao SUS, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Segundo informação da Subsecretaria de Regulação, a rede hospitalar no município, conforme dados do CNES, possui um total de 2.564 leitos, sendo 1.872 leitos conveniados SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal, Hospital Dia/AIDS e outras especialidades (crônicos, tisiologia e psiquiatria) (JUIZ DE FORA, 2013).

O município está pactuado com cerca de 135 municípios para atendimento hospitalar de média complexidade, que acessam a Central de Vagas do Município e Central de Marcação Macrorregional/MG, utilizando o Sistema SUS Fácil, que regula o acesso a internação. E aproximadamente 17 microrregiões de Saúde estão pactuadas com o município de Juiz de Fora para o atendimento hospitalar de alta complexidade, uma vez que o município é referencia macrorregional (JUIZ DE FORA, 2013).

O município é também polo de uma microrregião sanitária tripolar, a Microrregião Sanitária de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, para a média complexidade; e polo da Macrorregião Sanitária Sudeste, constituída por 94 municípios, para a alta complexidade (MINAS GERAIS, 2015).

A rede assistencial de atenção básica de Juiz de Fora em 2014 contava com 88 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma cobertura dessa política pública de 57,80% de sua população (BRASIL, 2012) enquanto a

assistência ambulatorial especializada médica e diagnóstica era prestada por entidades públicas e privadas contratadas (BRASIL, 2008a). A rede assistencial SUS contava também em 2014 com doze hospitais, entre públicos, filantrópicos e privados conveniados (BRASIL, 2008b).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013), os procedimentos de alta complexidade são distribuídos de acordo com as unidades de referência listados na figura 1.

| <b>Sistema de Referência de Alta Complexidade</b> |                   |   |  |
|---|-------------------|---|--|
|   | <b>Municípios</b> | <b>Procedimento de alta complexidade</b>  | <b>Unidade de referência</b>   |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Hemocentros   | Hemocentro Regional de Juiz de Fora  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Cirurgia Cardiovascular, e intervencionista, Pediátrica (endovascular e eletrofisiologia) | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora<br>Hospital Doutor João Felício S/A  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica  | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora<br>Hospital Doutor João Felício S/A  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Litotripsia   | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Nefrologia e transplante renal  | Centro de Tratamento de Doenças Renais<br>Hospital Universitário da UFJF<br>Nefroclin Ltda.                                    |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Atendimento AIDS  | Hospital Universitário da UFJF<br>Hospital Dr. João Penido   |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Neurologia e Neurocirurgia  | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Cirurgia Oncológica   | ASCOMCER<br>Hospital Doutor João Felício S/A<br>Instituto Oncológico   |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Traumno-ortopedia de Alta Complexidade  | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora<br>Hospital Doutor João Felício S/A  |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Ressonância Magnética   | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora<br>MAGNESCAN Diagnóstico por Imagem LTDA<br>Hospital Universitário da UFJF             |
| Sudeste (Juiz de Fora)                            | Juiz de Fora      | Tomografia  | Santa Casa Misericórdia de Juiz de Fora<br>Hospital Universitário da UFJF<br>Hospital Dr. João Felício S/A<br>TCR Imaginologia |

**Figura 1 – Procedimentos de alta complexidade de acordo com as unidades de referência do município de Juiz de Fora/MG**

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013).

A Santa Casa de Juiz de Fora, é classificada como hospital geral e filantrópico, o qual destina 70% de seus serviços para o SUS. Em 2013 o hospital contava com um total de 267 leitos reservados para o SUS, sendo 16 leitos cirúrgicos para a especialidade de ortopedia e traumato-ortopedia (JUIZ DE FORA, 2013; SANTA CASA DE JUIZ DE FORA, 2017).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013) no sistema de referência do município, a Santa Casa de Misericórdia se encontra como unidade de referência para os seguintes procedimentos de alta complexidade: cirurgia cardiovascular, e intervencionista, pediátrica (endovascular e eletrofisiologia), cirurgia cardíaca e hemodinâmica, litotripsia, neurologia e neurocirurgia, traumatologia ortopedia de alta complexidade, ressonância magnética e tomografia.

Segundo estudo de Nunes (2016) as internações hospitalares em Juiz de Fora são solicitadas judicialmente para diferentes situações, podendo ser através de transferência, de forma compulsória ou eletiva. Os pedidos judiciais de internação por transferência hospitalar referem-se aos casos em que cidadão já se encontra internado em unidade hospitalar ou pré-hospitalar, do próprio município ou de outro, e é solicitada pela Central de Regulação Hospitalar a transferência para uma unidade credenciada, especializada ou habilitada, para a realização do procedimento hospitalar. As internações compulsórias, previstas em lei para as pessoas acometidas de transtorno mental (BRASIL, 2001), são solicitadas por terceiros, geralmente representante da família, justificadas e atestadas por um profissional médico, obrigatoriamente as internações compulsórias devem ser determinadas judicialmente. E as internações de caráter eletivo, embora autorizadas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, apresentavam dificuldade de agendamento por parte dos hospitais.

As cirurgias eletivas são procedimentos realizados por meio de marcação, ou seja, sem caráter de urgência e emergência, para todas as especialidades. Estão previstas entre as cirurgias eletivas procedimentos de média e alta complexidade, como cirurgias de pele, tecido subcutâneo, oftalmológicas; cirurgias das glândulas endócrinas; cirurgias do sistema nervoso central e periférico; cirurgias das vias aéreas superiores, da face, cabeça e pescoço; cirurgias oncológicas; cirurgias do aparelho circulatório e digestivo e cirurgias do aparelho osteomuscular. Esses procedimentos fazem parte da rotina dos atendimentos oferecidos à população nos hospitais de todo o país, de forma integral e gratuita, por meio do SUS (BRASIL, 2018).

Em 2016, foram registradas 1.905.306 cirurgias eletivas com recursos da média e alta Complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde, a demanda por

cirurgias eletivas é elevada, segundo informações obtidas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) em um levantamento de um total de 800.559 cirurgias aguardando realização, a maior demanda é da especialidade de traumatologia e ortopedia (182.003), seguidas pelas cirurgias gerais (161.219) (VERONI, 2017).

## 2.4 SAÚDE COMO DIREITO

Durante o século XIX, os movimentos sociais indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social. A proteção social, como forma dos direitos garantidores da cidadania, institucionalizou-se pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população. Os três tipos ou modelos ideais de proteção social são representados pela assistência social, seguro social e seguridade social (FLEURY & OUVÉRY, 2009).

Nesse último modelo, a proteção social assume a modalidade de seguridade social, designando um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, como exemplo, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária. O Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Nesse modelo, pode-se falar de uma cidadania universal, já que os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles (FLEURY & OUVÉRY, 2009).

A Constituição (Brasil, 1988) incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194, inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2015).

De acordo Fleury e Ouverney (2009) a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais e a afirmação do dever do Estado.

No Brasil, o direito à saúde é pautado pelo princípio constitucional da universalidade de atendimento, segundo o qual todos devem estar cobertos pela proteção social, assim os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser prestados a todos que dele necessitem, independentemente de contraprestação e da condição econômica do usuário. Desta forma, o acesso à saúde é irrestrito e independe de pagamento, sendo devido a todos os indivíduos em território nacional (BRASIL, 2015).

A garantia do direito à saúde não resulta apenas na existência de serviços de saúde. Primeiramente, resulta do acesso a um ambiente e a condições de vida que sejam compatíveis com a dignidade do ser humano; da capacidade da sociedade mobilizar, organizar e utilizar os recursos que se transformam em serviços de saúde; e também das decisões da sociedade do modo de viver, que diminuem os riscos para a preservação e a proteção da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Segundo Duarte (2011), os direitos fundamentais, desde o seu reconhecimento, sofreram muitas transformações, tanto de conteúdo como eficácia e titularidade, gerando o que é conhecido como “gerações” ou “dimensões”. Os direitos fundamentais de primeira dimensão são representados pelos direitos à vida, à liberdade, à propriedade, e à igualdade, e são caracterizados como direitos “negativos” pelo fato da ausência da intervenção do Estado e da autonomia

individual. Os direitos fundamentais de segunda dimensão, também chamados de direitos sociais ou positivos, são representados pelos direitos à educação, moradia, lazer, assistencial social, trabalho e à saúde, esses direitos enfatizam uma ação do Estado na prestação de serviços públicos. No caso do direito à saúde, esse consiste em um desdobramento, em uma segunda dimensão do direito à vida.

As demandas de saúde de primeira necessidade são contempladas pelas prestações estatais imprescindíveis e essenciais para a preservação da vida, são prestações estatais de urgência ou não, terapêuticas ou preventivas, de custo elevado ou baixo, mas que sejam necessárias para a sobrevivência. Já as prestações estatais não imprescindíveis para proteger o direito fundamental à vida são denominadas demandas de saúde de segunda necessidade, representadas pelas prestações estatais que aumentam o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, mas não implicam diretamente a manutenção da vida humana. Podem as demandas de saúde de segunda necessidade variar quanto à essencialidade, apresentando assim elevada ou baixa essencialidade (DUARTE, 2011).

Mesmo com a divisão de responsabilidades específicas por determinadas espécies de prestação entre os entes, não é plausível a justificativa de ausência de atendimento de uma demanda de saúde de primeira ou de segunda necessidade por alguma entidade federativa, pois essa proposta não é constitucionalmente consagrada no SUS. A Constituição de 1988 dispõe que a prestação dos serviços de saúde pública é atribuída a todos os entes federativos, não podendo acontecer dispensa da oferta de determinado serviço ou bem por qualquer esfera de governo alegando ausência de competência. Assim, qualquer ente federativo pode ser demandado em juízo para a oferta de um serviço ou ação de saúde correspondente a direitos subjetivos definitivos (DUARTE, 2011).

A saúde foi reconhecida como um direito social de todos os cidadãos e fundamental do ser humano pela Constituição Federal Brasileira de 1988, sendo o Estado responsável por prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 2015). Assim ao afirmar que o direito à saúde deve ser implementado por políticas públicas, já se considera a elaboração de um

programa que leve em conta os recursos disponíveis e distribua os mesmos de forma a lograr os melhores resultados viáveis (DUARTE, 2011).

## 2.5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde, definida como a reclamação por bens e serviços de saúde na justiça por cidadãos, surgiu no Brasil na década de 1990 com as demandas judiciais de antirretrovirais para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS). Desde então, esta via vem se fortalecendo, provocando discussões entre juristas, políticos, profissionais e gestores da saúde, gerando importantes contribuições com objetivo de compreender o fenômeno. A busca pela garantia do direito à saúde na justiça não se restringe ao Brasil, o fenômeno ocorre em diversos países. Entretanto, o que chama a atenção no caso brasileiro é o crescimento expressivo do número de ações judiciais e o sucesso na obtenção dos bens e serviços pleiteados (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Desde a aprovação da Constituição (Brasil, 1988), a interferência do poder judiciário em questões que são, primariamente, da competência dos poderes executivos ou legislativos vem se tornando cada vez mais frequente. A noção de judicialização tem sido atribuída à garantia de direitos individuais pelo Judiciário. Na política de saúde, a judicialização tem se manifestado como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio do recurso a ações judiciais. Com o aumento exponencial das ações e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, os gestores do sistema de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, tentam resolver de diversas maneiras os impasses criados. Além da questão orçamentária, muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade (CHIEFFI & BARATA, 2009).

A equidade em saúde refere-se à diminuição das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Para o SUS, todo cidadão é igual perante a lei e deve ser atendido de acordo com suas necessidades. Assim, os serviços de saúde precisam conhecer as necessidades dos diferentes

grupos da população e trabalhar para satisfazê-las, oferecendo mais a quem mais precisa, contribuindo para a diminuição das desigualdades existentes. Para que haja acesso igualitário e universal dos indivíduos aos benefícios oferecidos pelas políticas públicas, os direitos sociais devem ser realizados coletivamente. Com as demandas judiciais, pretende-se garantir direitos sociais que são essencialmente coletivos. Mas, a atuação do Poder Judiciário ocorre de forma individualizada, gerando assim tratamento diferenciado para alguns pacientes, o que se torna incompatível com a ideia de igualdade proposta pelo SUS (CHIEFFI & BARATA, 2009).

À medida que o Estado não implementa de maneira adequada as políticas públicas, as ações judiciais representam um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos. O processo judicial é um espaço limitado para considerar decisões a respeito dos direitos sociais, pois elas são complexas e abordam questões coletivas e não individuais como a maioria das demandas judiciais. Além do processo gerar o deslocamento de recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento de demandas individualizadas, buscando assim uma solução individualizada de uma questão coletiva (CHIEFFI & BARATA, 2009).

Consideradas as restrições orçamentárias, o poder público é norteado pelo dever de resguardar o interesse coletivo e de calcular as escolhas pelos princípios de universalidade e equidade. Cabe ao Poder Executivo, observando a limitação da escassez de recursos, definir as prioridades dos gastos, de acordo com a capacidade financeira do Estado e as necessidades de saúde da população. Os critérios técnicos precisam ser observados para garantir maior efetividade à política de saúde e maior eficiência do gasto. É de responsabilidade do controle social examinar, de acordo com os princípios do SUS, se as escolhas estão maximizando o resultado em termos de acesso às ações e serviços de saúde e melhora das condições de saúde da população (VIEIRA, 2008).

Pelo menos quatro dimensões políticas estão referenciadas na discussão do fenômeno da judicialização: os interesses econômicos associados à pressão para incorporação tecnológica, a integralidade da assistência terapêutica, o fortalecimento das iniquidades e a sinalização das deficiências e gargalos da assistência à saúde no país (FLEURY, 2012).

Em 2011 tramitavam no Judiciário brasileiro cerca de 250 mil processos judiciais de saúde, que representavam demandas individuais de reivindicação de medicamentos, procedimentos médicos e internações hospitalares no SUS (BARROS, 2015). No Estado de Minas Gerais, em 2010, foram protocolados 3.948 pedidos de atendimento judicial, sendo Juiz de Fora a responsável pelo maior número de ações, totalizando 1.255 (31,8%), seguida por Belo Horizonte (987 processos) e Divinópolis (213), entre outros (MUNCK, 2014).

De 2010 a 2016, a União destinou R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais de compra de medicamentos, dietas, suplementos alimentares, além de depósitos judiciais. Em 2017, até maio, o valor chegou a R\$ 715 milhões. A estimativa é que, até o fim de 2017, os gastos de estados, de municípios e da União atingiram a cifra de R\$ 7 bilhões (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017).

A judicialização entrou definitivamente na agenda do setor saúde, nas discussões e nas ações que visam diminuir os impactos do fenômeno da judicialização no sistema público de saúde. O tema ainda gera tensões requerendo o contínuo monitoramento e a busca de novos caminhos para a judicialização no Brasil, representando uma questão a ser solucionada (DAVI & COELHO, 2014).

As discussões do processo de judicialização coloca em pauta a necessidade de recuperação do ideário de universalidade, igualdade e integralidade, defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e concretizado na forma de princípios do SUS, na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (VIEIRA, 2008).

Como resultado do processo de judicialização do direito à saúde, observa-se a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde. Cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e

estratégica. Com isso nos últimos anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde. Desde então, em meio a avanços e desafios, o CNJ tem estimulado, discutido, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias que visam, em alguma medida, oferecer parâmetros e diretrizes para a atuação judicial em saúde. No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços. Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

## 2.6 CUSTOS EM SAÚDE

A Economia da Saúde visa aliar os conhecimentos adquiridos pela Medicina ao conceito de eficiência, originado na Economia, com o objetivo de instrumentalizar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos frente às necessidades da sociedade. Desta forma, eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, da melhor alocação dos recursos disponíveis (MORAES *et al.*, 2006).

Os custos em saúde podem ser classificados como diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos estão diretamente relacionados aos recursos oriundos da intervenção, pagos diretamente pelo serviço de saúde. São subdivididos em custos médicos (custo de medicações, exames, internações, remuneração dos profissionais, consultas médicas, cirurgias, entre outros) e custos não médicos (transporte de ida e volta ao tratamento, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros). Os custos diretos podem ser divididos em custos fixos, que são aqueles cujo valor não se altera quando se modifica o volume produzido. Existem, mesmo que não haja serviço prestado, como exemplo os aparelhos e máquinas. Os custos variáveis são aqueles cujo valor se altera na mesma proporção

do volume de serviços prestados, como exemplo: medicamentos e exames. Os custos indiretos não estão diretamente relacionados à intervenção. No entanto, podem gerar custos tanto para os pacientes e familiares, quanto para empregadores ou para sociedade, como a redução/falta de produtividade do usuário e/ ou familiar, devido ao tempo despendido para participação no programa de saúde ou de doenças decorrentes). Os custos intangíveis são os mais difíceis de serem medidos, pois se referem ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. Dependem, unicamente, da percepção que o paciente tem sobre seus problemas de saúde e as consequências sociais (MORAES *et al.*, 2006).

Segundo Moraes *et al.* (2006), para avaliação econômica é de fundamental importância a perspectiva sob qual a análise de custos é feita, com base em quem irá arcar com os custos. Exemplos de pontos de vista são: do paciente, da instituição de saúde, do Ministério da Saúde, ou, geralmente, da sociedade. Na perspectiva do paciente, por exemplo, são considerados os custos referentes às consultas (quando pagas por ele), ao transporte entre sua residência ou local de trabalho até o local de tratamento, retorno, entre outros. A perspectiva da sociedade é a mais abrangente, pois considera todos os custos referentes ao programa, independente de quem irá pagar as despesas.

A perspectiva do SUS pode ser adotada por dois pontos: 1) o SUS como órgão comprador de serviços de saúde ou 2) o SUS como órgão público prestador de serviços de saúde. No primeiro caso, são considerados todos os custos diretos cobertos pelo sistema público, sendo computados os custos relacionados ao repasse de recursos para a compra de serviços prestados por hospitais e outros serviços de saúde. Já no segundo caso, os custos advêm dos insumos efetivamente utilizados na produção dos serviços ou procedimentos (BRASIL, 2009).

## 2.7 ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

As afecções músculo esqueléticas representam uns dos principais agravos à saúde no Brasil. São distúrbios de importância crescente em vários países

do mundo, com dimensões epidêmicas em diversas categorias profissionais, principalmente na Traumato-Ortopedia (BRASIL, 2018).

A especialidade médica que cuida das deformidades e doenças relacionadas aos elementos do aparelho locomotor, como ossos, músculos, ligamentos e articulações é chamada de ortopedia. Já a especialidade médica denominada traumatologia, trabalha com o trauma do aparelho músculo esquelético. No Brasil, as especialidades são unificadas, recebendo o nome de "Ortopedia e Traumatologia" (BRASIL, 2018).

Na ortopedia são tratados os órgãos/ossos do corpo humano, como: Coluna, Joelho, Quadril, Ombro e Cotovelo, Mão, Pé e Tornozelo. A traumatologia dedica-se ao estudo e ao tratamento das diferentes lesões que se podem produzir nas extremidades e na coluna (BRASIL, 2018).

No setor de traumatologia, os casos de violência, das doenças ocupacionais, dos acidentes de trânsito e causas externas, representam mais de 90% dos atos médicos destinados ao tratamento das afecções do sistema músculo esqueléticos. Esse fato é preocupante, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto da gestão, pelo elevado número de procedimentos realizados e pelo alto valor de recursos financeiros envolvidos (BRASIL, 2018).

Segundo Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2013), as causas externas (acidentes e violências) merecem atenção especial visto que têm aumentado consideravelmente e são responsáveis por mortes e aposentadorias precoces e internações de longa duração. Os mais acometidos são adolescentes e jovens. O impacto econômico dos acidentes e violências pode ser medido diretamente por meio de gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva e dias de internação em geral.

Na área de ortopedia, o SUS oferta diversos tratamentos clínicos, cirúrgicos e de reabilitação. Os procedimentos relacionados a essas especialidades estão incluídos em várias ações e políticas do Ministério da Saúde, os quais podem ser consultados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (SIGTAP/SUS) (BRASIL, 2018).

A prevenção dos fatores de risco e proteção para às alterações, dentre elas as relacionadas às alterações musculo-esquelético é papel da atenção básica. Os profissionais de saúde desse nível de atenção devem estar preparados para identificar, por meio da anamnese e do exame clínico, os casos suspeitos e referenciá-los para a Atenção Especializada para investigação diagnóstica (BRASIL, 2018).

As unidades ambulatoriais e hospitalares, que ofertam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico responsáveis pelo acesso às consultas e exames especializados, cirurgias, medicamentos e órtese e próteses são de responsabilidade da Atenção Especialidade (BRASIL, 2018).

Os serviços prestados pela Atenção Básica estão o mais próximo possível do local de residência ou trabalho dos indivíduos, e os serviços da Atenção Especializada são ofertados de forma hierarquizada e regionalizada. Nesse sentido, os serviços prestados pela atenção especializada são de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica e a disponibilização do atendimento é mediante encaminhamento por meio de sistemas logísticos, como centrais de regulação (BRASIL, 2018).

O acesso aos serviços especializados é baseado em protocolos de regulação gerenciados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as quais organizam o atendimento dos pacientes na rede assistencial, definindo os estabelecimentos para os quais os usuários deverão ser encaminhados (BRASIL, 2018).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto das ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG, no período de janeiro a dezembro de 2016.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das cirurgias por meio de ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG, no período de janeiro a dezembro de 2016.
- Estimar o custo das cirurgias advindas de ações judiciais e por via convencional no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG;
- Apontar o custo direto para cumprimento de ações judiciais referentes a cirurgias ortopédicas na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG;
- Estimar o tempo de internação, o tempo da internação até a cirurgia e o tempo da cirurgia até a alta das cirurgias demandadas por ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e comparar com as cirurgias por via convencional;
- Descrever o perfil dos pacientes requerentes de cirurgias através de ação judicial no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa, cuja unidade de análise constituiu-se de pacientes que foram submetidos a cirurgias no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG, no período de janeiro a dezembro de 2016.

### 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, apresentando Parecer Consubstanciado nº. 1.965.151, de 14/03/2017 (Anexo 1). E para a coleta das cirurgias advindas de ação judicial, foi concedida uma autorização pelo Procurador Geral do Município de Juiz de Fora (Anexo 2).

### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Prática Integrada (UPI) de Ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, onde se encontram os dados dos pacientes nos prontuários eletrônicos.

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora inaugurou, em setembro de 2012, a UPI de Ortopedia. Desde sua implantação, já foram realizados mais de 1.900 atendimentos, todos destinados exclusivamente ao SUS, atuando na média e, principalmente, na alta complexidade, maior gargalo do SUS. É formada por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas,

fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares administrativos e farmacêuticos, todos como foco na segurança do paciente, humanização, melhores resultados e redução de custos (SANTA CASA DE JUIZ DE FORA, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população de Juiz de Fora era de 516.247 habitantes, representando 2,63% da população do Estado de Minas Gerais. Para 2013 a população estimada era de 545.942 habitantes. Segundo o último Censo IBGE/2010, 13,61% da população do Município tinha idade igual ou superior a 60 anos, acima das médias de Minas Gerais e do Brasil (JUIZ DE FORA, 2013).

O Plano de Saúde de Juiz de Fora, com vigência de 2014 a 2017, apontou como diagnóstico um excesso de judicialização no município, e como diretrizes foi proposto o fortalecimento de ações pró-ativas que reduzam a judicialização (JUIZ DE FORA, 2013).

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os prontuários de pacientes que foram submetidos a cirurgias no serviço de Ortopedia, no período de janeiro a dezembro de 2016.

O critério de exclusão foi o paciente não ter sido submetido à cirurgia, por motivo de um possível tratamento convencional.

#### 4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, na qual na primeira etapa, foi realizada análise dos prontuários eletrônicos de todos os pacientes que passaram por cirurgia na UPI de Ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora, MG, entre 1º de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2016. A busca no Prontuário Eletrônico da

Instituição pesquisada teve início a partir de todos os pacientes que foram internados para realização de cirurgia no setor de ortopedia, no ano de 2016. A partir do número de atendimento dos pacientes, iniciou-se a busca nos prontuários, para identificação de características daqueles pacientes que enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

Na segunda etapa da pesquisa, foi realizada a identificação dos pacientes advindos de ação judicial, através de busca no sistema eletrônico da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Através dessa busca, foram identificados os pacientes que tiveram acesso à cirurgia no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora através de ação judicial contra o município e/ou Estado, no ano de 2016. Em todos os casos, o paciente recorreu à via judicial antes da internação na Santa Casa, desse modo, ele foi internado na Santa Casa para realização da cirurgia, após alocação realizada pela Subsecretaria de Regulação.

Os pacientes foram, então, divididos em dois grupos: pacientes que tiveram acesso à cirurgia através de ação judicial e pacientes que tiveram acesso à cirurgia por via convencional.

O instrumento para a coleta dos dados foi uma planilha desenvolvida no *software* Excel® 2010, contendo os dados: tipo de cirurgia realizada; sexo e idade do paciente; tempo de internação, tempo da internação até a cirurgia, tempo da cirurgia até a alta, desfecho (alta/óbito) e custos. A análise de custos foi desmembrada de acordo com as variáveis: diárias, honorários, procedimentos e materiais e medicamentos.

O perfil do paciente foi analisado de acordo com as variáveis: sexo e idade. A variável, sexo, foi coletada dos prontuários eletrônicos e categorizada em: masculino ou feminino. Para a variável idade foi necessário primeiramente subtrair o ano de nascimento do ano do prontuário eletrônico e depois foi calculada a média da idade.

Para a variável tempo de internação, foi realizada a diferença da data da alta pela data da internação e assim calculou-se o número de diárias. Além do tempo de internação, foram calculadas as variáveis: tempo de internação até a

realização da cirurgia, através da diferença da data da cirurgia pela data de internação, e tempo da cirurgia até a alta, pela diferença da data da alta e data da cirurgia. Em todos os casos, as informações das datas da internação, cirurgia e alta foram extraídas dos prontuários eletrônicos da Santa Casa de Juiz de Fora.

A variável cirurgia foi trabalhada a partir codificação do procedimento através do SIGTAP. O SIGTAP é o instrumento que permite conhecer os procedimentos em suas diferentes subdivisões: código, grupo, subgrupo e forma de organização, além da classificação e habilitação exigida para o serviço e seu valor.

O sistema osteomuscular compreende principalmente a dois sistemas da fisiologia humana: o sistema ósseo e o sistema muscular. Assim, foram criados seis grupos de tipos de cirurgias segundo os códigos do SIGTAP, representados por procedimentos cirúrgicos do sistema osteomuscular, desmembrados em:

- Cintura pélvica;
- Membros superiores;
- Coluna vertebral e caixa torácica;
- Cintura escapular;
- Membros inferiores;
- Gerais.

As cirurgias gerais são as cirurgias do sistema osteomuscular, mas que não se enquadram em nenhum dos cinco grupos especificados. Além dessas, foram quantificadas também as cirurgias que não são do sistema osteomuscular, mas foram realizadas na UPI de Ortopedia, classificadas como, outras.

Os custos diretos que são representados pelo recurso financeiro dispensado, efetivamente, a um paciente para tratamento da doença, da internação até a alta hospitalar (BRACCO *et al.*, 2009), foram levantados considerando os valores coletados no programa eletrônico *MV Soul* da Santa Casa de Juiz de Fora. Todos os resultados apresentados no estudo se referem aos valores tal como coletados, sem ajustes.

O custo total foi representado pela soma dos valores das diárias, procedimentos, honorários e materiais e medicamentos. Analisou-se também, o

valor da receita, que é o valor repassado pelo SUS para a instituição, e a partir desse valor foi calculada a variável chamada valor resultado, que foi obtida pela subtração do valor repassado pelo SUS pelo custo total do procedimento para a Instituição.

O custo médio de cada cirurgia por ação judicial e por via convencional também foi analisado, dividindo-se o custo total pelo número de cirurgias. Por último, buscou conhecer o custo médio mensal de cada cirurgia, pela relação entre o custo médio de cada cirurgia e o período de doze meses representados no estudo.

Os dados foram descritos por frequência relativa e absoluta, para as variáveis categóricas, média e desvio padrão, para as variáveis numéricas. As variáveis foram calculadas para cada um dos grupos e comparadas entre os grupos.

As comparações entre os dois grupos de pacientes foram realizadas utilizando os testes t-student e qui-quadrado. O teste-t de *Student* foi utilizado para comparação das variáveis contínuas das médias de idade, tempo de internação até a cirurgia e tempo de cirurgia até a alta. E o teste qui-quadrado, para comparar a variável dicotômica, sexo.

Para execução da análise estatística, foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi composto de 630 pacientes, que foram submetidos a algum tipo de cirurgia na UPI de Ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora em 2016, sendo que 586 pacientes tiveram acesso à cirurgia por via convencional e 44 pacientes através de ação judicial, representando assim, aproximadamente 7% das cirurgias realizadas em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora.

A idade média dos pacientes do grupo de cirurgias por acesso convencional foi de 53,57 anos (DP: 21,99 anos) e do grupo de cirurgias por ação judicial foi de 63,77 (DP: 18,33 anos) ( $p=0,003$ ), esse último grupo apresentou uma idade média maior quando comparado ao grupo de cirurgias convencionais.

O grupo de cirurgias por acesso convencional foi composto de 348 (59,4%) pacientes do sexo masculino e 238 (40,6%) do sexo feminino, e no grupo de cirurgias por ação judicial, 23 (52,3%) pacientes eram do sexo masculino e 21 (47,7%) do sexo feminino ( $p=0,355$ ). Ambos os grupos apresentaram uma distribuição equilibrada entre os sexos, sendo o sexo masculino levemente mais frequente nos dois grupos. De acordo com os resultados, o sexo é irrelevante para a determinação da via de acesso a cirurgias no setor de Ortopedia.

Os pacientes do grupo de ação judicial assemelham-se as amostras de outros estudos sobre judicialização da saúde, quanto à proporcionalidade entre os sexos, com leve predominância do sexo masculino e média da idade maior que 60 anos (FELICÍSSIMO, 2012; NUNES 2016).

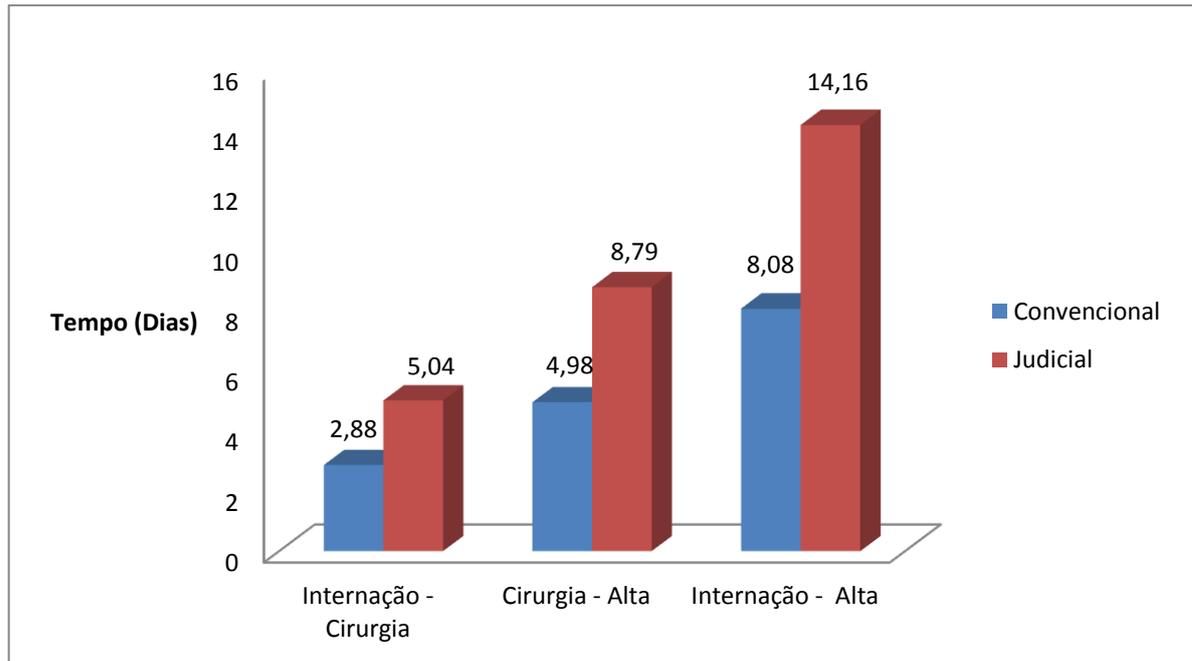
Segundo estudo realizado por Nunes (2016), o cidadão que busca no judiciário a garantia de sua assistência no município de Juiz de Fora é, em geral, idoso e sem distinção entre os sexos. Sendo os idosos, o grupo etário mais representado, respondendo por 44% de toda a demanda judicial no município de Juiz de Fora. Felicíssimo (2012) encontrou no município de Juiz de Fora, numa amostra de 135 processos judiciais de medicamento no ano de 2010, ligeiro predomínio do sexo masculino (53%).

Considerando idosos aqueles com 60 anos ou mais, Machado e outros (2011) num estudo sobre o perfil do cidadão e dos medicamentos pleiteados em ações judiciais contra o Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2006, encontraram numa amostra de 825 processos judiciais, uma representatividade de 35,4% de idosos.

Outro estudo sobre as demandas judiciais de medicamentos no Estado de Minas Gerais foi realizado por Campos Neto e outros (2012), envolvendo a relação entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica, apontou numa amostra de 6.825 processos judiciais entre 1999 e 2009, 25,3% de pacientes idosos.

Os processos judiciais na área da saúde têm crescido de forma exponencial. No entanto, a judicialização de procedimentos ainda não vem sendo muito discutida. Devido a essa questão, não foram encontradas muitas referências a estudos diretamente relacionados a demandas judiciais por procedimentos hospitalares, embora façam parte do grupo de serviços que dão origem a um processo judicial em saúde. Também houve dificuldade de encontrar na literatura, trabalhos sobre os custos da judicialização que se assemelhasse aos objetivos desse estudo. Dessa forma, não foi possível comparar os custos com os de outros trabalhos.

O tempo médio decorrido entre a data de internação até a cirurgia foi de 2,88 dias (DP: 5,59 dias) para o grupo de cirurgias por via convencional e de 5,04 dias (DP: 6,79 dias) para o grupo de cirurgias por ação judicial ( $p=0,015$ ). O tempo médio da cirurgia até a alta foi de 4,98 dias (DP: 13,81 dias) para o grupo de cirurgias por via convencional e de 8,79 dias (DP: 17,09 dias) para o grupo de cirurgias por ação judicial ( $p=0,155$ ). O tempo de permanência do paciente no hospital, também chamado tempo de internação, representado pelo número de diárias, foi de 8,08 dias (DP: 14,14 dias) para o grupo de cirurgias por via convencional e de 14,16 dias (DP: 18,77 dias) para o grupo de cirurgias por ação judicial (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Tempo da internação até a cirurgia, da cirurgia até a alta e de internação no grupo convencional e judicial, das cirurgias realizadas em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora**

Fonte: O autor (2018).

O grupo de cirurgias por ação judicial apresentou maior tempo nos três casos: tempo da internação até a cirurgia, tempo da cirurgia até alta e tempo de internação, quando comparado ao grupo de cirurgias por via convencional, o que pode ser explicado pela complexidade dos pacientes advindos de ações judiciais, e até mesmo pelo fato da internação desse tipo de paciente não ser programado previamente, diminuindo assim a velocidade de resolução desses casos.

O número total de óbitos intra-hospitalares foi de 10 (1,7%) pacientes no grupo convencional (n=586) e o grupo de ação judicial (n=44) não apresentou nenhum óbito. Todos os 10 óbitos no grupo convencional foram de pacientes que já haviam sido submetidos à cirurgia, por esse motivo, os pacientes foram incluídos no estudo.

As cirurgias do sistema osteomuscular de membros inferiores foi o grupo de cirurgias realizadas mais frequentemente nos dois grupos, no grupo convencional, representou 57,7% das cirurgias realizadas e no grupo judicial, 65,9%. Seguidas, no grupo convencional, pelas cirurgias de cintura pélvica (16,6%) e coluna vertebral (7,5%); e no grupo judicial, pelas cirurgias de cintura pélvica e cirurgias

gerais, representaram cada, 11,4% das cirurgias. As cirurgias de cintura escapular foram as cirurgias menos frequente dentre os dois grupos, representando 1% das cirurgias no grupo convencional e 2,3% no grupo judicial (Tabela 1).

| <b>Cirurgia</b>                   | <b>Grupo convencional</b> | <b>Grupo judicial</b> |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Membros inferiores                | 338 (57,7%)               | 29 (65,9%)            |
| Cintura pélvica                   | 97 (16,6%)                | 5 (11,4%)             |
| Coluna vertebral e caixa torácica | 44 (7,5%)                 | 1 (2,3%)              |
| Gerais                            | 35 (6,0%)                 | 5 (11,4%)             |
| Membros superiores                | 35 (6,0%)                 | 1 (2,3%)              |
| Cintura escapular                 | 6 (1,0%)                  | 1 (2,3%)              |
| Outras                            | 31 (5,2%)                 | 2 (4,4%)              |
| <b>Total</b>                      | <b>586 (100%)</b>         | <b>44 (100%)</b>      |

**Tabela 1- Tipos de grupos de cirurgias, de acordo com o SIGTAP, realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial**

Fonte: O autor (2018).

De acordo com os dados coletados nessa pesquisa, não foi possível identificar as razões que levaram os usuários a reivindicarem acesso à assistência à saúde por via judicial. Contudo, analisando que todos os procedimentos reivindicados por ação judicial estavam contemplados na Tabela Unificada do SUS – SIGTAP, a qual foi tomada como indicador de cobertura, os fatores: tempo de diagnóstico e ausência de vagas, representam fortes indícios de dificuldades no acesso, o que muitas vezes leva o paciente a recorrer ao poder judiciário para garantir o acesso à cirurgia. O atendimento em tempo adequado pode ser considerado uma emergente necessidade de saúde no cenário atual do SUS.

A semelhança no perfil das cirurgias e o fato que todas as cirurgias do grupo de ação judicial são oferecidas pelo SUS, indica que os pacientes recorrem à via judicial para garantia do acesso a um serviço que já é fornecido pelo sistema de saúde, o que evidencia problemas na oferta dos serviços de saúde no SUS, assim como no planejamento e financiamento dos serviços públicos de saúde.

Uma questão interessante nesse estudo é que os pacientes que recorreram ao judiciário não almejavam uma nova tecnologia ou um serviço com alto

custo para o SUS, diferente de muitas pesquisas, quando o objeto de estudo são medicamentos advindos de ação judicial, que muitas vezes são medicamentos novos no mercado e com custos elevados.

Assim como este, um estudo sobre a análise das demandas judiciais ocorridas em uma Instituição hospitalar do Distrito Federal descreveu que devido as longas filas de espera, sem perspectiva de serem operados, os pacientes recorrem à justiça, para que um juiz possa determinar a realização do procedimento cirúrgico. Essa individualização fere o princípio da equidade, pois muitas pessoas deixam de buscar o órgão judicial, por até mesmo desconhecerem os seus direitos (BOATO, 2015).

Os resultados do presente estudo são semelhantes aos resultados encontrados por Gomes *et al.* (2014), no estudo realizado com o objetivo de investigar as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Minas Gerais, no período de 1999 a 2009. Um importante achado no estudo foi o alto percentual de cobertura de procedimentos do SUS para os procedimentos judicializados, uma relevante cobertura de 93,6%. Os autores consideraram que o principal objeto do processo não seria a realização do procedimento, e, sim, a garantia de acesso ao atendimento, dificultado pela ausência de vagas e outros fatores administrativos. O fato a destacar, nesse caso, é que a judicialização passa a “funcionar” como via de acesso a ações que são componentes do rol de oferta do SUS.

Os aspectos judiciais da saúde, tais como: a individualidade e os prazos para cumprimento prevalecem sobre o coletivo e os que esperam nas filas. Muitas vezes, decisões judiciais entram em conflito com questões operacionais quanto à organização dos usuários no sistema de saúde (BOATO, 2015).

De acordo com estudo de Schulze (2014) muitas vezes o processo da judicialização está relacionado à situação em que há a regulamentação da oferta do serviço ou ações pelo SUS, mas não há sua disponibilidade, caracterizando claramente um problema de gestão, que deve ser resolvido no plano extrajudicial, sem a judicialização.

Nesse momento, vem à tona uma nova percepção, de que a judicialização possa ser aliada do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas, de forma a reduzir a distância entre o SUS estabelecido no arcabouço normativo e o SUS que executa as ações e serviços de saúde (FLEURY, 2012).

A dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade vem sendo apontada, em diversos estudos, como um dos entraves para a efetivação da integralidade da atenção a saúde no SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

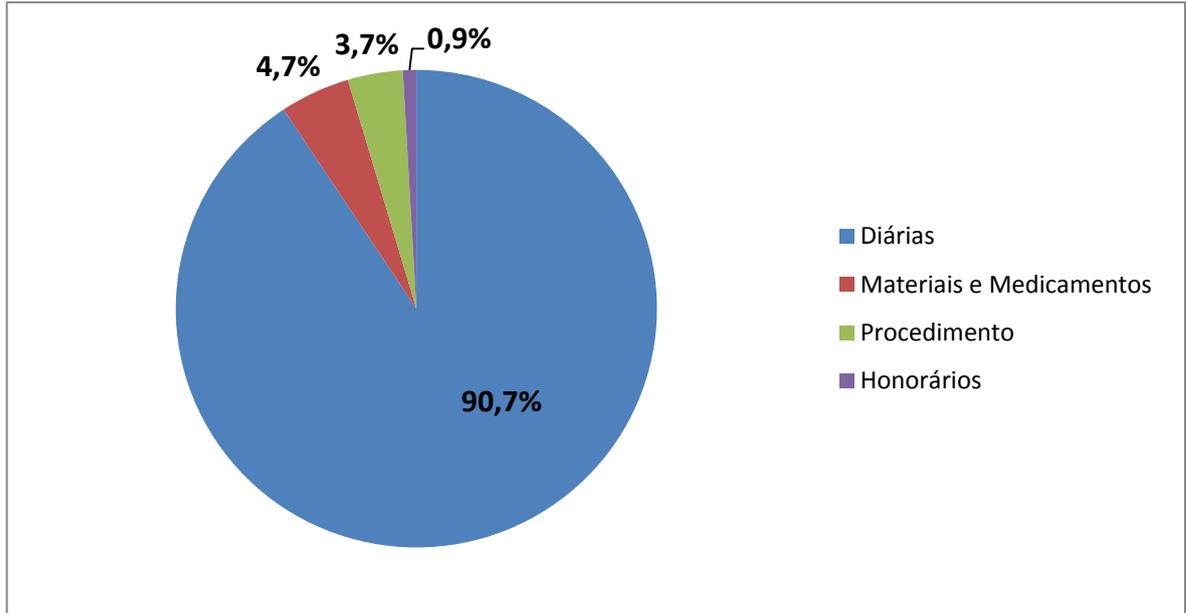
Quanto aos resultados referentes aos custos, o custo total médio das cirurgias no grupo convencional foi de R\$ 6.898,12 e para o grupo de ação judicial foi de R\$ 53.188,66, os custos médios foram desmembrados nas variáveis diárias, materiais e medicamentos, honorários e procedimento (Tabela 2).

| <b>Custo médio</b>          | <b>Grupo convencional<br/>(n=586)</b> | <b>Grupo judicial<br/>(n=44)</b>      |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Diárias                     | R\$ 2.091,34 (DP= 6.979,23)           | R\$ 48.242,88 (DP= 299.177,04)        |
| Materiais e<br>Medicamentos | R\$ 2.561,09 (DP= 3.887,28)           | R\$ 2.448,67 (DP= 2.237,01)           |
| Procedimento                | R\$ 1.719,79 (DP= 1.301,37)           | R\$ 1.986,56 (DP= 1.305,51)           |
| Honorários                  | R\$ 525,90 (DP= 545,46)               | R\$ 510,55 (DP= 446,07)               |
| <b>Total</b>                | <b>R\$ 6.898,12 (DP= 9.937,36)</b>    | <b>R\$ 53.188,66 (DP= 300.240,94)</b> |

**Tabela 2- Análise do custo médio das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para o grupo convencional e judicial**

Fonte: O autor (2018).

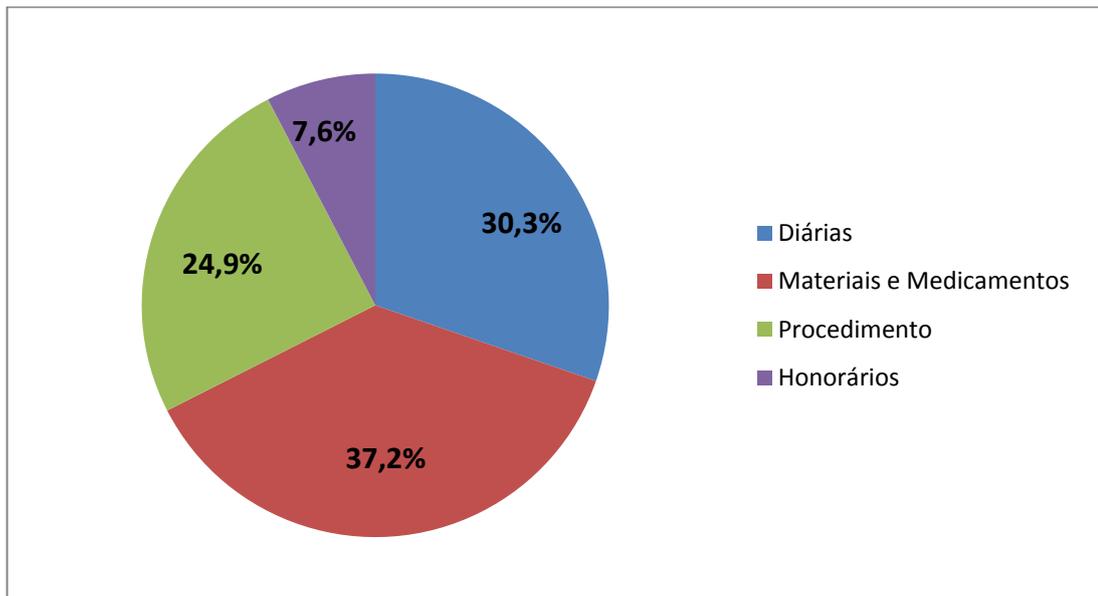
O custo total médio das cirurgias de ação judicial foi 7,7 vezes maior quando comparado ao custo total médio das cirurgias por via convencional. No grupo ação judicial, a maior parcela dos custos foi referente a diárias, representando expressivamente 90,7% dos custos, seguido por materiais e medicamentos (4,6%), procedimento (3,7%) e honorários (0,9%) (Gráfico 2).



**Gráfico 2 – Distribuição dos custos das cirurgias realizadas no grupo judicial em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora**

Fonte: O autor (2018).

No grupo convencional a distribuição dos custos foi mais equilibrada entre as variáveis diárias, materiais e medicamentos e procedimento, a maior parte dos custos foi referente a materiais e medicamentos (37,2%), seguido pelas diárias (30,3%), procedimento (24,9%) e honorários (7,6%) (Gráfico 3).



**Gráfico 3 – Distribuição dos custos das cirurgias realizadas no grupo convencional em 2016 no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora**

Fonte: O autor (2018).

Os custos referentes a diárias no grupo de ação judicial, foi 23 vezes maior que no grupo convencional. Esse valor pode ser justificado quando se analisa os tempos de permanência no hospital dos pacientes nos dois grupos, o tempo médio do grupo convencional foi de aproximadamente oito dias e o tempo médio do grupo judicial foi de 14 dias.

O custo total estimado pela Santa Casa de Juiz de Fora para cada cirurgia não corresponde ao valor repassado pelo SUS para essa Instituição, o valor repassado pelo SUS (valor receita) é menor que o custo total, resultado assim um valor resultado sempre negativo. Em 2016, o valor médio repassado pelo SUS para a Santa Casa de Juiz de Fora para as cirurgias dos pacientes do grupo convencional foi de R\$ 3.636,89 e para as cirurgias dos pacientes do grupo judicial foi de R\$ 3.563,21, resultando em um valor resultado médio de R\$ -3.261,23, para o grupo convencional e de R\$-49.625,47 para o grupo judicial (Tabela 3).

| <b>Valor médio</b> | <b>Grupo convencional<br/>(n=586)</b> | <b>Grupo judicial<br/>(n=44)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Total              | R\$ 6.898,12 (DP=9.937,36)            | R\$ 53.188,66 (DP=300.240,94)    |
| Receita            | R\$ 3.636,89 (DP=4.337,84)            | R\$ 3.563,21 (DP=2.767,40)       |
| Resultado          | R\$ -3.261,23 (DP=7.825,31)           | R\$ -49.625,45 (DP=299.276,78)   |

**Tabela 3- Análise do valor médio total, valor médio da receita e valor médio resultado das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial**

Fonte: O autor (2018).

O custo total estimado, para a Santa Casa de Juiz de Fora, das 586 cirurgias por acesso convencional realizadas em 2016 foi de R\$ 4.042.305,14. O valor total repassado pelo SUS referente a essas cirurgias foi de R\$ 2.131.220,54, resultando em um valor negativo de R\$ 1.911.084,60 (Tabela 4).

O custo total estimado das 44 cirurgias advindas de processos judiciais analisados para o período de um ano foi de R\$ 2.340.301,68. O valor da receita, que foi o valor repassado pelo SUS para a instituição no período foi de R\$ 156.781,17, resultando em um valor negativo de R\$ 2.183.520,51 (Tabela 4).

| <b>Valor</b> | <b>Grupo convencional<br/>(n=586)</b> | <b>Grupo judicial<br/>(n=44)</b> |
|--------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Total        | R\$ 4.042.305,14                      | R\$ 2.340.301,68                 |
| Receita      | R\$ 2.131.220,54                      | R\$ 156.781,17                   |
| Resultado    | R\$ - 1.911.084,60                    | R\$ 2.183.520,51                 |

**Tabela 4- Análise do valor total, valor receita e valor resultado das cirurgias realizadas no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora/MG em 2016, para os grupos convencional e judicial**

Fonte: O autor (2018).

O custo médio mensal de cada cirurgia para a Santa Casa de Juiz de Fora foi R\$ 574,84 para o grupo convencional e R\$ 4.432,39 para o grupo judicial. E para o SUS, o custo médio mensal de cada cirurgia R\$ 303,07 para o grupo convencional e R\$ 296,93 para o grupo judicial.

Em consonância com os resultados apresentados, o estudo realizado por Nunes (2016) sobre análise das ações judiciais contra o município de Juiz de Fora no período de setembro de 2014 a março de 2015 demonstrou que as internações hospitalares representaram a metade dos pedidos judiciais nesse período. A traumatologia-ortopedia foi a segunda especialidade mais solicitada e também a segunda de maior custo. Do total de 288 pedidos de internação, o estudo observou que em 97,92% dos casos o município contava com prestadores aptos a prestar o serviço. Para as especialidades mais demandadas, a rede SUS municipal contava com hospitais habilitados e contratados e a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora era um dos hospitais habilitados. O custo dos processos judiciais para internação hospitalar de competência administrativa do município de Juiz de Fora representou R\$ 805.798,60.

O crescimento desordenado das ações judiciais nos últimos anos, à medida que impõe gastos inesperados aos orçamentos municipais, estaduais e ao federal, causa grande impacto à gestão do SUS, podendo resultar em agravamento das iniquidades. Ao mesmo tempo, passa a ser inevitável considerar a importância da judicialização como sinalizador das necessidades individuais e coletivas de saúde (GOMES *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos por este estudo sinalizam gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades na garantia da integralidade da atenção à saúde pelo SUS. Ou seja, nos dispositivos legais, o sistema oferta o serviço de forma universal, mas não consegue atender as demandas integralmente. Além disso, as ações judiciais indicam uma dificuldade do SUS para suprir as diversas necessidades de utilização dos serviços.

O presente trabalho reforça essa perspectiva ao levantar as necessidades emergentes de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, mediante uma extensa cobertura normativa.

Em alguns casos a judicialização pode subsidiar políticas públicas, uma vez que aponta as verdadeiras necessidades do SUS.

Com a judicialização, o sistema de saúde passa a possuir duas portas de entrada: uma para os pacientes que recorrem ao Judiciário e outra para os pacientes que esperam nas filas, aumentando as iniquidades.

O grande problema do SUS é financeiro, considerando que mais investimento no sistema público de saúde pode acarretar em melhora e ampliação do atendimento e com isso diminuição das filas e dificuldades no acesso, impactando assim na diminuição da judicialização de procedimentos.

## 6 CONCLUSÃO

As questões de acesso e cobertura, relacionadas no fenômeno de judicialização da saúde no Brasil, são retomados nesse estudo, sinalizando para as necessidades de saúde da população, que são garantidas constitucionalmente a partir do princípio de integralidade.

O cidadão que demanda ao judiciário para realização de cirurgia no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora é em geral idoso, com leve predominância do sexo masculino. A maioria das demandas é para a garantia de cirurgias do sistema osteomuscular de membros inferiores, representando 65,9% das cirurgias realizadas por ação judicial em 2016, que também são as cirurgias mais demandadas por via convencional.

O custo direto das cirurgias por processos judiciais na Santa Casa de Juiz de Fora em 2016 foi estimado em R\$ 2.340.301,68. Os custos com diárias foram os que apresentaram o maior custo, sendo responsável por 90,7% de todo o custo estimado.

A diferença entre os custos gastos pelo prestador do serviço e repassados pelo SUS aos mesmos gera um prejuízo formal a Instituição. O valor deficitário para a instituição no grupo de cirurgias advindas de ação judicial no setor de ortopedia em 2016 foi de R\$ 2.183.520,51, representando 93,3% dos custos gastos com as cirurgias nesse grupo, e no grupo de cirurgias por via convencional foi de R\$ 1.911.084,60 (47,3%), os dois grupos apresentam uma diferença de 46% de prejuízos gerados para a Instituição.

A judicialização nesse estudo expõe deficiências do SUS quanto à oferta de serviços, uma vez que todas as cirurgias solicitadas via judicial já são contempladas pelo sistema público de saúde. Assim, aspectos como a individualidade e os prazos para cumprimento prevalecem sobre o coletivo e os que esperam nas filas.

## REFERÊNCIAS

BARROS, K. A judicialização das políticas públicas de saúde. **Jusbrasil**, 2015. Disponível em: <<http://karenbarros.jusbrasil.com.br/artigos/163493684/a-judicializacao-das-politicas-publicas-de-saude>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BOATO, A. P. **A aplicação dos princípios do SUS nas demandas judiciais ocorridas em uma instituição hospitalar do Distrito Federal**. 2015. 37f. Relatório Técnico (Curso de Gestão em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BRACCO, O.L. et al. Custo hospitalar para tratamento da fratura aguda do fêmur por osteoporose em dois hospitais-escola conveniados ao Sistema Único de Saúde. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 1, p. 3-10, 2009.

BRASIL, Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL, Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Regulação em saúde: Coleção para entender a gestão do SUS**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2011b. 126 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 90/2015, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. – 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos; n. 119).

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001b. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o programa de reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 maio 2004. Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. **Especialidade Traumatologia e Ortopedia**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/traumatologia-e-ortopedia/afeccoes-osteomusculares-musculo-esqueletico>>. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Competência por unidade geográfica: Juiz de Fora-MG – dez. 2014. c2012b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático economia da saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde**: Caderno do Estado de Minas Gerais. 2008a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 13.set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: consulta serviços especializados ambulatoriais SUS, Minas Gerais, Juiz de Fora, 2014. 2008b. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=313670&VComp=201411&VTerc=1&VServico=00&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=>](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=313670&VComp=201411&VTerc=1&VServico=00&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSUS=>)>. Acesso em: 21 set. 2017.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012.

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015, 142 p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ debate judicialização da saúde em audiência pública, 2017**. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85896-cnj-debate-judicializacao-da-saude-em-audiencia-publica>. Acesso em: 07 ag. 2018.

DAVI, G. C.; COELHO, T. L. Novos caminhos para a judicialização da saúde no Brasil. **CEBES**, 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2014/07/debate-novos-caminhos-para-a-judicializacao-da-saude-no-brasil/>> Acesso em: 10 jan. 2017.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde**. 1 ed. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 389 p.

FELICÍSSIMO, J. M. **Judicialização de saúde para o fornecimento de medicamentos: análise das ações impetradas contra o município de Juiz de Fora, MG em 2010**. 2012. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Políticas e Pesquisas em Saúde Coletiva)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, 93:159-62, Rio de Janeiro, 2012.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 23- 64.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da medicina social**. In: \_\_\_\_ Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

GOMES, Dalila F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 139-156, mar. 2014.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora 2014-2017**. Juiz de Fora: PJF, 2013. Disponível em: <[https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano\\_de\\_saude\\_2014\\_2017\\_sspjf.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf)>. Acesso em: 07 abril 2017.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no estado de Minas

Gerais. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p.15-22, jan./mar. 2010.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, jun. 2011.

MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. 1 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 280 p.

MARQUES, S. B., DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1001-107, 2007.

MARQUES, I. P. **O processo de contratualização do hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no contexto do Sistema Único de Saúde**. Juiz de Fora, 2015, 138p. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 321-325, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2304.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais**: apresentação cartográfica. Atualizado em 8 out. 2015. Disponível em:<[http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao\\_cartografica\\_PDR-2014.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao_cartografica_PDR-2014.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MUNCK, A. K. R. **Perspectiva médico-sanitária das demandas judiciais de medicamentos em um município polo de Minas Gerais**. Juiz de Fora, 2014, 130p. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

NORONHA, J.C. de; LIMA D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435- 472.

NUNES, E. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 19-39.

NUNES, R. P. **Judicialização no âmbito do Sistema Único de Saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2016, 97p. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

PAIM, J. S. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro. História, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)> Acesso em: 22 fev. 2017.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, Salvador, v. 40, p.73-78, jul. 2006.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, abr. 2012.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.

ROQUE, C. A. C. T. **Responsabilidades dos gestores diante de órgãos de controle externo**. Aula 2 – Judicialização na saúde. In: CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Aspectos jurídicos do SUS. Belo Horizonte: COSEMS, 2014.

SANTA CASA DE JUIZ DE FORA. **Assistência multiprofissional: uma realidade na SCMJF**. Disponível em: <<http://www.santacasajf.org.br/>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

SCHULZE, C. J. O papel das escolas de magistratura no enfrentamento da judicialização da saúde. **Revista CEJ**, Brasília, n. 62, p. 7-14, jan./abr. 2014.

SOUZA, A. S. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, p. S35-S45, 2010.

SOUZA, B. V. **A judicialização das políticas públicas na área da saúde e seus impactos no orçamento dos municípios do Estado do Paraná**. Curitiba, 2012, 72p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Universidade Federal do Paraná (UFP).

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

SPEDO, S.M.; SILVA PINTO, N. R.; TANAKA, O. U. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, 20: 953-72, Rio de Janeiro, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O SUS em perspectiva**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

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

VERONI, W. SUS Para Todos: SUS terá fila única nacional para a realização de cirurgias eletivas. 2017. Disponível em: <  
<http://blog.saude.mg.gov.br/2017/05/02/susparatodos-sus-tera-fila-unica-nacional-para-a-realizacao-de-cirurgias-eletivas/>>. Acesso em: 10 maio 2018.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, abr. 2008.

VIANA, A. L.D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, jan./mar. 2003. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007)>. Acesso em: 21 abr. 2017.

**ANEXO 1**

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE  
FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do acesso a cirurgias por meio de ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG

**Pesquisador:** Patricia Jorge Gonçalves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 65471817.5.0000.5139

**Instituição Proponente:** Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.965.151

**Apresentação do Projeto:**

Esse estudo é uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que envolve a análise de prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a cirurgias através de processos judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Juiz de Fora, no período de janeiro a dezembro de 2016. A pesquisa será realizada na Unidade de Prática Integrada (UPI) de Ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, onde se encontram os dados dos pacientes nos prontuários eletrônicos. Os prontuários serão acessados no período de abril a junho de 2017, após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Santa Casa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos foram expostos de forma clara e estão assim expostos: **Objetivo Primário:**

Descrever o perfil das cirurgias por meio de ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG, no período de janeiro a dezembro de 2016.

**Objetivo Secundário:**

- Calcular a demanda de cirurgias no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora;
- Estimar o custo das cirurgias demandadas por ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora;

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353

Bairro: xxx

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (33)3229-2311

E-mail: [comitedeetica@santacasajf.org.br](mailto:comitedeetica@santacasajf.org.br)

**SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE  
FORA/MG**



Continuação do Parecer: 1.205.151

- Estimar o tempo de Internação das cirurgias demandadas por ações judiciais no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora;
- Analisar a Interferências do acesso a cirurgias por via judicial no acesso a estas cirurgias por via convencional;
- Descrever o perfil dos pacientes requerentes de cirurgias através de ação judicial no setor de ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa é pertinente ,pois a mesma pode permitir uma análise da situação da Judicialização da Medicina no que pertine a realização de cirurgias ortopédicas realizadas por ordens judiciais e o seu impacto na organização dos serviços de saúde. Esperamos que esses dados publicados possam ajudar num possível diálogo entre os Serviços de Saúde especializados e o Judiciário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e contempla as premissas éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Esse CEP, aceita o pedido de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto ser esse estudo retrospectivo e de análise de prontuário. Reafirmamos a necessidade da manutenção da confidencialidade e sigilo de todas as informações contidos nos mesmos, que podem gerar responsabilizações civis e penais.

**Recomendações:**

Recomenda-se que seja entregue nesse CEP, um documento escrito constando o nome e a identidade de todos que deverão ter acesso aos prontuários dos participantes desse estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Opina-se pela aprovação desse estudo por estar concorde com as normas éticas que norteiam a Pesquisa Científica Envolvendo Seres Humanos no Brasil, bem como com os ditames éticos da nossa Instituição.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo                     | Postagem   | Autor | Situação |
|----------------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| Informações    | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 08/03/2017 |       | Aceito   |

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353  
 Bairro: xxx CEP: 38.021-630  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)3229-2311 E-mail: comitedeetica@santacasaf.org.br

**SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE  
FORA/MG**



Continuação do Parecer: 1.995.151

|   |                       |                        |                          |        |
|---|-----------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Básicas do Projeto  | ETO_866638.pdf        | 13:31:39               |                          | Acelto |
| Declaração de Pesquisadores                               | termodesglo.docx      | 08/03/2017<br>12:47:10 | Patrícia Jorge Gonçalves | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | dispensatcle.docx     | 08/03/2017<br>12:46:12 | Patrícia Jorge Gonçalves | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projetodetalhado.docx | 08/03/2017<br>11:35:29 | Patrícia Jorge Gonçalves | Acelto |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | declaracaoinfra.docx  | 08/03/2017<br>11:31:55 | Patrícia Jorge Gonçalves | Acelto |
| Folha de Rosto  | folhaderosto.docx     | 08/03/2017<br>11:30:08 | Patrícia Jorge Gonçalves | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Março de 2017

---

Assinado por:  
Maria José Guedes Gondim Almeida  
(Coordenador)

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353

Bairro: xxx

CEP: 38.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: [comitedeetica@santacasajf.org.br](mailto:comitedeetica@santacasajf.org.br)

**ANEXO 2**



**JUIZ DE FORA**  
P R E F E I T U R A

29729/17 08

Memorando nº296/PGM/2017

Juiz de Fora, 09 de junho de 2017.

**De: Edgar Souza Ferreira**  
**Procurador Geral do Município**

**Para: Chefe do Departamento de Atenção ao Cidadão e Qualidade – JF Informação.**  
**Secretaria de Comunicação Social**

**Assunto: requerimento de relação de ordens judiciais para cirurgias – fins acadêmicos – dissertação de mestrado.**

Prezado Sr. Chefe:

Tendo em vista o requerimento da Srª. Patrícia Jorge Gonçalves, com a finalidade de instruir produção científica em dissertação de mestrado, com pesquisas autorizadas pelo comitê de ética da Santa Casa de Juiz de Fora, através da petição nº 29729/17, considerando tratar-se de estudo técnico-científico, o qual - inclusive - poderá contribuir com o aperfeiçoamento dos procedimentos e processos utilizados pela PJE, não vislumbro óbice à disponibilização dos dados referentes às ordens judiciais para atendimentos na área de saúde.

Termos em que, defiro o requerimento de acesso à relação e vista dos correspondentes processos administrativos de acompanhamentos das ordens judiciais para cirurgias no âmbito do SUS, ressalvando, contudo, que sobre tais dados - especialmente nomes de pacientes e os respectivos prontuários - devem ser mantidos sob sigilo e utilizados com unicamente fins acadêmicos.

Assim, encaminho-lhe o presente expediente para comunicação e ciência à requerente.

Atenciosamente

  
**EDGAR SOUZA FERREIRA**  
Procurador Geral do Município  
OAB/MG 99.147 – MAT. 28232402

NOTIFICADO POR EMAIL  
EM 19/06/17  
Edgar Souza  
SCS/DAC

PGM  
223/17