

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

Rogério Pinheiro Nunes

**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**

Rogério Pinheiro Nunes

**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**

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

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nunes, Rogério Pinheiro.
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 / Rogério Pinheiro Nunes.
-- 2016.
95 f. : il.

Orientador: Alfredo Chaoubah
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. Economia da Saúde. 4. Custos Diretos de Serviços. I. Chaoubah, Alfredo, orient. II. Título.

ROGÉRIO PINHEIRO NUNES

“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”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 19/02/2016


Alfredo Chaoubah – UFJF


Felipe Dutra Asensi – FGV


Lourival Batista de Oliveira Junior – UFJF

Dedico esse trabalho a todos que lutam por um sistema público de saúde resolutivo e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

À Nanda e Davi, pelo amor, pelo carinho e pela compreensão da ausência nos momentos de dedicação ao estudo.

Ao Prof. Dr. Alfredo Chaoubah, pela coordenação desse trabalho, pela objetividade e pela confiança.

Aos Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi e Prof. Dr. Lourival Batista de Oliveira Júnior, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições nas bancas examinadoras.

Aos colegas de turma, pelos novos laços sociais e de trabalho constituídos.

À Anelise Guedes Lima Monteiro, pelo apoio com as normas técnicas.

Ao Gestor de Saúde José Laerte da Silva Barbosa, pela serenidade e respeito profissional.

Aos Procuradores Municipais Dr. Leonardo Guedes de Carvalho e Dr. Edgar de Souza Ferreira, pela anuência imediata à solicitação das informações.

Aos demais procuradores, advogados e estagiários da PGM-JF, pelo acolhimento e presteza em seus ambientes de trabalho na coleta dos dados.

Viver significa lutar!

(Sêneca)

RESUMO

A judicialização da saúde tem provocado discussões sobre a intervenção do Poder Judiciário na governabilidade e na gestão das políticas de saúde. O Poder Público vem sendo obrigado a garantir judicialmente procedimentos e serviços de saúde independentemente de sua cobertura ou incorporação pelo Sistema Único de Saúde, ou, quando cobertos, sem a observância às competências administrativas do gestor local de saúde num sistema público descentralizado e hierárquico. O objetivo desse trabalho foi estimar o custo direto das ações individuais no âmbito do SUS, em especial às competências administrativas do ente municipal, tomando como cenário o município de Juiz de Fora, MG. A amostra se constituiu de 575 processos judiciais (N = 575) que deram entrada num período de seis meses. As demandas judiciais ocorreram para garantia de internação hospitalar, fornecimento de medicamentos e de suplementos e complementos alimentares, além de exames e insumos de enfermagem. Estimou-se o custo pela perspectiva da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora como gestora do SUS e compradora de serviço de saúde, totalizando R\$ 3.506.701,95 para o período estudado, ou um custo mensal de R\$ 1.016,44. Quanto às suas responsabilidades em ofertar tais serviços de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde, estimou-se que 90,26% do custo dos pedidos judiciais para internação hospitalar correspondiam a ações que já eram de sua competência, em que a judicialização veio garantir ao cidadão serviços que já deveriam ser ofertados. Conquanto, os pedidos judiciais de medicamentos que não eram de sua competência fornecer ou dispensar representaram 99,70% do custo estimado para essa categoria, incluindo medicamentos de competência de outro ente federado, não cobertos pelo SUS ou em desacordo com os protocolos clínicos estabelecidos para a doença atestada. Ao final, analisando-se as maiores demandas judiciais contra o poder público municipal, pode-se afirmar que 75,28% do custo estimado para a judicialização se referiram a oferta de serviços que não eram da competência administrativa da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora como gestora municipal do SUS. Tal fato levanta uma discussão sobre a judicialização no âmbito da saúde pública. Se por um lado busca a garantia do direito constitucional do cidadão, por outro impõe à esfera municipal o ônus de seu custo sem observar as responsabilidades comuns e privativas de cada ente federado na organização do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde. Economia da Saúde. Custos Diretos de Serviços.

ABSTRACT

The judicialization of health has provoked discussions on the intervention of the judiciary in governance and management of health policies. The Government has been obliged to ensure court procedures and health services regardless of coverage or incorporation by the Unified Health System, or when covered, without complying with the administrative skills of the local health officer in a decentralized and hierarchical public system. The aim of this study was to estimate the direct cost of individual actions under the SUS, especially the administrative powers of the municipal entity, taking the backdrop of the city of Juiz de Fora, MG. The sample consisted of 575 court cases (N = 575) who were admitted within six months. The lawsuits occurred to hospitalization assurance, supply of medicines and supplements and food supplements, as well as examinations and nursing supplies. It estimated the cost from the perspective of Juiz de Fora Health Department as manager of the SUS and purchaser of health services, totaling R\$ 3,506,701.95 for the period studied, or a monthly cost of R\$ 1,016.44. As to their responsibilities in offering such services in accordance with the organization of the Unified Health System, it was estimated that 90.26% of the cost of judicial requests for hospitalization corresponded to actions that were already under its jurisdiction, where the legalization came assure citizens services that should already be offered. While the judicial requests for medications that were not within its competence to provide or dispense represented 99.70% of the estimated cost for that category, including competence of drugs from another federal entity, not covered by SUS or disagree with the clinical protocols established for attested the disease. Finally, analyzing the major lawsuits against the municipal government, it can be stated that 75.28% of the estimated cost for the legalization referred the provision of services that were not the administrative jurisdiction of the Health Department of Judge off as municipal manager of the SUS. This fact raises a discussion of legalization on public health. On the one hand seeks to guarantee the constitutional right of citizens, on the other requires the municipal level the burden of cost without observing the common and private responsibilities of each federal entity in the organization of the Unified Health System.

Keywords: Unified Health System. Right to Health. Health Economics. Direct Service Costs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Inclusão e exclusão de pastas processuais no estudo	46
Figura 2 – Percurso adotado para análise da competência administrativa da Secretaria de Saúde/Juiz de Fora – procedimento hospitalar ou clínica médica	53
Figura 3 – Percurso adotado para análise sobre a competência administrativa de a Secretaria de Saúde/Juiz de Fora em dispensar ou fornecer os medicamentos solicitados nas ações judiciais Remume-JF	54
Figura 4 – Custos médio e total dos processos judiciais, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG	66

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial, segundo o grupo etário, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG 60
- Gráfico 2 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo o trabalho, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG 61
- Gráfico 3 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo a doença, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG 62
- Gráfico 4 – Distribuição das ações judiciais segundo a representação jurídica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG 63
- Gráfico 5 – Distribuição das ações judiciais segundo o pedido, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo o sexo, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG.....	59
Tabela 2 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial, segundo o município de residência, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG	60
Tabela 3 – Distribuição das ações judiciais de internação segundo a especialidade médica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG	64
Tabela 4 – Distribuição das ações judiciais segundo o medicamento, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG.....	65
Tabela 5 – Custo das ações judiciais segundo o pedido, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG	66
Tabela 6 – Distribuição do custo de internação segundo a especialidade médica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG.....	67
Tabela 7 – Distribuição dos medicamentos de acordo com seu custo estimado, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG.....	68
Tabela 8 – Análise conjunta do custo estimado dos processos judiciais de internação, medicamentos e complementos/suplementos alimentares, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas à Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP/UFJF	Comitê de Ética e Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora
CETSS	Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	10º Edição da Classificação Internacional de Doenças
CMED	Câmara de Regulação de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofins	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DPMG	Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais
DPU	Defensoria Pública da União
EC-29	Emenda Constitucional nº 29
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Idisa	Instituto de Direito Sanitário Aplicado

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
JEC	Juizado Especial Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPMG	Ministério Público de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS/SUS	Norma Operacional Assistencial à Saúde do SUS
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDR-SUS/MG	Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais
PGM-JF	Procuradoria Geral do Município de Juiz de Fora
PIB	Produto Interno Bruto
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PMVG	Preço Máxima de Venda ao Governo
PNEO	Programa de Nutrição Enteral e Oral
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
Remume	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Remume-JF	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Juiz de Fora
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRP	Sistema de Registro de Preço
SS-JF	Secretaria de Saúde de Juiz de Fora

SUS	Sistema Único de Saúde
SUSfácil/MG	Sistema de Regulação Assistencial Hospitalar do SUS do Estado de Minas Gerais
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	O DIREITO À SAÚDE.....	19
2.2	O SUS E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS.....	20
2.3	ORGANIZAÇÃO DO SUS	23
2.4	SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.....	27
2.5	FINANCIAMENTO E GASTO NO SUS.....	30
2.6	PLANEJAMENTO NO SUS	33
2.7	JUDICIALIZAÇÃO NO SUS.....	36
2.8	CUSTO EM SAÚDE	40
3	OBJETIVOS	43
3.1	OBJETIVO GERAL.....	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4	MATERIAL E MÉTODO	44
4.1	Perfil	46
4.1.1	Perfil do cidadão	46
4.1.2	Perfil da representação jurídica	48
4.1.3	Perfil da demanda	49
4.2	CUSTO.....	55
5	RESULTADOS	59
5.1	PERFIL.....	59
5.1.1	Cidadão	59
5.1.2	Representação jurídica	62
5.1.3	Demanda	63
5.1.3.1	Demanda por internação	64
5.1.3.2	Demanda por medicamentos.....	64
5.1.3.3	Demanda por complemento/suplemento alimentar.....	65
5.2	CUSTO.....	65
5.2.1	Custo estimado para internações	66
5.2.2	Custo estimado para medicamentos	67
5.2.3	Custo estimado para complementos e suplementos	68

5.2.4	Custo estimado: análise conjunta.....	68
6	DISCUSSÃO	70
7	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS.....	79
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de saúde pública instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, representa a concretização das propostas do Movimento Sanitário e a mobilização em defesa da Reforma Sanitária Brasileira iniciada ainda nas décadas de 1970 e 1980 (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Marcado por uma liderança intelectual acadêmica e de profissionais de saúde que mobilizou segmentos da sociedade brasileira na luta pela democratização da saúde, o Movimento Sanitário contribuiu de forma efetiva para elaboração de propostas apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e posterior incorporação ao texto constitucional (CARVALHO, 2013).

Dentre essas proposições destaca-se a criação de um sistema de saúde público de acesso universal e gratuito a todo cidadão, rompendo com a política social excludente, regulada e contributiva pela inserção no mercado de trabalho (BRAVO, 2013).

Assim, com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos, 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).

Regulamentado pelas Leis Orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) e, posteriormente, pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e pela iniciativa privada, em caráter complementar. A assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, também é garantida em lei.

Porém, passadas mais de duas décadas de sua implantação, e embora tenha proporcionado um aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde, o SUS ainda enfrenta muitos desafios para garantia de seus princípios doutrinários de universalidade, integralidade e igualdade, entre eles a necessidade de uma reforma em sua estrutura de financiamento com vistas a assegurar sua sustentabilidade em longo prazo (PAIM et al., 2011).

Assim, quando ocorre a insuficiente assistência à saúde o cidadão demanda ao Poder Judiciário a interferência nas políticas públicas para garantia da tutela de seu direito constitucional, caracterizando a judicialização da saúde (ROQUE, 2014).

As demandas judiciais crescem e passam a comprometer de forma significativa os orçamentos dos entes públicos (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; SOUZA, 2012), e, quando o objetivo é garantir universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde, não é possível ignorar as políticas econômicas e a escassez de recursos (VIEIRA, 2008).

Logo, a execução de uma política de saúde está intimamente ligada às finanças públicas, tendo o orçamento público como peça político-jurídica que indica a capacidade financeira estatal de cada ação ou programa (TEIXEIRA, T. C.; PACHECO, 2011).

Para isso, o SUS conta com seus instrumentos de planejamento, que devem ser compatíveis com os instrumentos governamentais de planejamento e orçamento, cuja gestão dos recursos orçamentários é realizada por meio dos Fundos de Saúde (BRASIL, 2013a).

Uma função chave do planejamento orçamentário governamental é assegurar que a alocação e a utilização dos recursos públicos escassos estejam alinhadas apropriadamente com as prioridades das políticas do governo e que as atividades financiadas sejam implementadas de forma eficiente e efetiva para atingir os resultados desejados a custos razoáveis (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013), mas a identificação da alocação ótima dos recursos disponíveis para maximizar a saúde tem sido um dos grandes desafios do sistema de saúde num cenário de restrições orçamentárias (SANTOS, V. C. C., 2010), principalmente quando a interferência do Poder Judiciário resulta na realização de despesas não previstas no orçamento público (TEIXEIRA, T. C.; PACHECO, 2011).

A impossibilidade de previsão orçamentária para atender às exponencialmente crescentes ações judiciais interfere nas políticas de saúde pública impedindo a alocação racional dos recursos (UENO, 2013), embora já se observe a prática de alguns entes federados de incluir rubricas orçamentárias em seu planejamento para atender a prováveis gastos relacionados a medicamentos e tratamentos médicos não listados pelo SUS reivindicados judicialmente, como reconhecimento prévio de que serão quase sempre derrotadas na Justiça

(INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO, 2014).

O Poder Judiciário vem também buscando adotar medidas visando melhor subsidiar Magistrados e demais Operadores do Direito para assegurar maior eficiência na solução dessas demandas judiciais (MAZZA, 2013), como o estabelecimento de um diálogo permanente com o Poder Executivo (GOMES et al., 2014).

Nesse contexto, os Municípios, principalmente por deterem condições orçamentárias inferiores aos entes estaduais e federal, têm se mostrado extremamente vulneráveis em relação às imprevisibilidades de gastos em saúde advindos de decisões judiciais (SOUZA, 2012).

Assim sendo, este estudo está estruturado inicialmente por uma revisão da literatura, apresentada não somente de forma conceitual, mas também de sua problematização, principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde e a judicialização.

Posteriormente são apresentados seus objetivos, material e métodos. Os resultados e as discussões são apresentados separadamente, seguidos de sua conclusão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O DIREITO À SAÚDE

O direito universal à saúde é uma bandeira de luta do Movimento Sanitário Brasileiro que se iniciou nos anos 1970, tendo na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o importante marco para o seu reconhecimento (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2014a, 2014b).

A VIII Conferência Nacional de Saúde propôs um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. A saúde deveria ser direito de todo cidadão, independentemente de ser ou não trabalhador, rompendo com a lógica excludente por contribuição social. Não mais se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão ao acesso à assistência pública de saúde. As ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A gestão dos serviços, tanto administrativa, como financeira, deveria ser descentralizada, de modo que estivesse mais próxima do controle social (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO EM SAÚDE, 2014b).

A realidade social, na década de 1980, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que para ele contribuía (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO EM SAÚDE, 2014b).

O processo de implementação de mudanças institucionais no campo da saúde orientado pelos princípios da Reforma Sanitária teve antecedentes nas Ações Integradas à Saúde (AIS), em 1984, e dos Sistemas Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, que já iniciaram ações racionalizadoras que visavam promover a integração, a descentralização e a ampliação do acesso (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde se torna direito de todos, dever do Estado e constituída por um sistema público único (BRASIL, 2015).

A opção da sociedade brasileira pelo direito universal à saúde, tomada com a promulgação daquela Constituição Federal, teve o respaldo, à época, tanto nas

experiências bem sucedidas de sistemas públicos e universais baseados no direito de cidadania à saúde quanto da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que defendia a saúde como um direito fundamental de todo ser humano desde sua criação, em 1948, cujo princípio foi reafirmado por diversas conferências posteriores da entidade, como a de Alma Ata, em 1978, e a de Ottawa, em 1996 (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2014a).

Nesse contexto, a Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu a Saúde como um direito social de todos os cidadãos e fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2015).

Segundo T. C. Teixeira e Pacheco (2011), a concretização do direito fundamental, como estabelecido para a saúde na atual constituição, exige do Estado a implementação de políticas públicas, entendidas como programas de ação governamental que visam coordenar os meios à sua disposição e as atividades privadas para a realização dos objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

2.2 O SUS E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Em 1990 é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) pelas leis federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142, 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispuseram sobre a organização e o funcionamento de seus serviços, sobre as transferências intergovernamentais de recursos de saúde e sobre a participação da comunidade, que, na definição de Vasconcelos e Pasche (2012), representa o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte a efetivação da política de saúde no Brasil, traduzindo em ação os princípios e diretrizes desta política de saúde.

Para C. Teixeira (2011), o SUS pode ser entendido como uma Política de Estado, que, materializada na Constituição Federal de 1988, revela sua aproximação aos princípios do *Welfare State*, ou *Estado de Bem Estar Social*, mas que, para o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (2014a), por ter ocorrido em um momento de precarização dos serviços públicos, levou à fuga (ou exclusão) das camadas de renda

mais elevada para o sistema privado de saúde, ocasionando uma fragilidade da base de apoio social do SUS e que, para Ocké-Reis (2014), configura ainda hoje um sistema público que funciona de forma duplicada e paralela, na esteira da privatização do antigo modelo de seguro social.

Vale lembrar que três são os modelos de proteção social conhecidos: o Assistência Social ou Modelo Residual, Seguro Social ou Modelo Meritocrático e Seguridade Social. Na Assistência Social o atendimento é determinado pelo poder aquisitivo dos indivíduos. Há, assim, a necessidade de cobertura, aos despossuídos, pelo Estado ou pela filantropia. No Seguro Social o atendimento é sustentado pelas contribuições de empregados, empregadores e o Estado. Já o modelo de Seguridade Social a proteção social é um princípio de justiça social, em que o Estado busca garantir o atendimento mínimo vital a todos, no qual se enquadra o SUS (GADELHA, 2010).

Importante a observação de Gadelha (2010) de que o Brasil possui, na verdade, um sistema de saúde misto, formado pelo sistema de saúde público, representado pelo SUS, e pelo sistema privado (saúde suplementar), com regulamentação própria.

Diferente dos seguros ou planos de saúde de natureza privada, que atuam exclusivamente nas ações assistenciais e voltado para a lógica do mercado, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com a cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao sistema público de saúde brasileiro são a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2015).

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, sem discriminação, na perspectiva da oferta de serviços do sistema público; a integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença na perspectiva da prestação continuada do conjunto de ações e serviços, garantindo a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos; e a equidade do acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, priorizando essa oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais mais vulneráveis, traduzida numa discriminação positiva frente às desigualdades de condições decorrentes da organização da sociedade no sistema capitalista (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

C. Teixeira (2011) classifica esses princípios como finalísticos, ou seja, referem-se à natureza do sistema que se busca conformar e à concepção de um objetivo do processo de reforma do sistema de saúde.

C. Teixeira (2011) ressalta ainda que o pleno exercício do princípio da universalização, embora tenha superado a barreira jurídica, com sua inclusão no texto constitucional, exige ainda a superação de barreiras econômicas, sociais e culturais que se interpõem entre os usuários do sistema e os serviços de saúde, o mesmo observado por Dominguez (2013), que apontou restrições do acesso aos serviços de saúde no sistema público brasileiro e considera frágil sua universalização, por questões políticas e de financiamento.

O discurso sobre a universalização dos serviços de saúde está na pauta das discussões das reformas sanitárias em todo o mundo, mas, embora envolva progressistas e conservadores, empresários e sanitaristas, gestores e usuários, não apresenta um consenso sobre o tema, mas sim, um conflito de interesses, existindo duas correntes de pensamento distintas. Se por um lado, há o entendimento de que o caminho para se atingir a universalidade na saúde é a criação de sistemas nacionais integrais, únicos e públicos, por outro se encontra a corrente que busca a cobertura universal via expansão de seguros de saúde privados. Como exemplos dessas duas correntes no continente americano, podem-se destacar, além do Brasil, também Cuba, Venezuela e Bolívia como representantes de um Estado que conta com uma política pública de universalização da saúde, enquanto Chile, Colômbia, México e Estados Unidos representam a corrente da universalização por seguros de saúde privados (DOMINGUEZ, 2013).

O princípio doutrinário da integralidade no SUS é definido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). Diferente da universalidade, que se caracteriza pelo acesso irrestrito de todos aos serviços de saúde, a integralidade merece ser interpretada. Não para impor restrições injustificadas ou injustas ou para ferir direitos, mas para instituir, mediante consensos fundamentados na evidência científica e em princípios éticos, validados socialmente, regras claras e transparentes que imprimam racionalidade à oferta dos serviços e melhoria da eficiência dos gastos em saúde. É a chamada Integralidade Regulada. A experiência internacional de reformas sanitárias mostra que as medidas mais eficazes de aumento da eficiência dos sistemas de saúde

se fazem do lado da oferta, e não da demanda (BRASIL, 2009b).

Quando o Movimento da Reforma Sanitária pensou o sistema público de saúde brasileiro baseou-se na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginando a integralidade regulada. Porém, observa-se no SUS a busca de uma assistência à saúde influenciada pelos interesses econômico-financeiros, sem critério, nem científicos nem éticos, com o aumento de procedimentos, medicamentos, exames diagnósticos e terapias (CARVALHO, 2013).

O princípio doutrinário da equidade consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido. Os indicadores de sua aferição abrangem a qualidade de vida, a exposição específica aos riscos para a saúde, a morbimortalidade por estratos da população, a capacidade instalada e de resolutividade dos serviços (BRASIL, 2002).

Porém, a pertinência de políticas específicas voltadas para determinados grupos merecem ser vistas de forma crítica, já que podem estar relacionadas a pressões de movimentos sociais mais bem organizados capazes de estabelecer anéis tecno-burocráticos com as instituições gestoras das políticas de saúde, caracterizando uma forma de neocorporativismo ou clientelismo (TEIXEIRA, C., 2011), embora seja nas condições de saúde da população brasileira que o princípio da equidade encontra-se mais distante da sua efetivação. A maior causa é intersetorial, com a iniquidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

2.3 ORGANIZAÇÃO DO SUS

Se C. Teixeira (2011) considerou a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde como princípios finalísticos do SUS, também classificou de princípios estratégicos a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Tais diretrizes organizacionais e operacionais do sistema corresponderiam à conformação do sistema.

A descentralização do SUS se refere à transferência de poder político-administrativo do governo federal aos estados e municípios _ com ênfase dessa descentralização dos serviços para os municípios _ com direção única em uma das

esferas de governo e a conformação de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990a).

A descentralização da gestão do sistema implica transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios. Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, C., 2011).

Para Vasconcelos e Pasche (2012), o imperativo da direção única em cada esfera de governo mostrou a necessidade de superar a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional, tendo na descentralização municipal a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de saúde no Brasil. Ao atribuir aos municípios a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços, as definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal.

Sucessivas normas operacionais do SUS publicadas pelo Ministério da Saúde, como a Norma Operacional Básica nº 1 (NOB/SUS-93) (BRASIL, 1993), Norma Operacional Básica nº1 (NOB/SUS-96) (BRASIL, 1996) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 1 (NOAS/SUS-01) (BRASIL, 2001a) induziram esse processo ao enfatizar a articulação municipal para garantia do acesso à saúde e promover o avanço da gestão municipal. As diferentes condições de gestão significariam a declaração de compromissos assumidos por parte do Gestor de Saúde perante outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade, podendo se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), com elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários; ou Gestão Plena do Sistema de Saúde (GPSM), com a elaboração de toda a programação municipal. Em ambas as condições, contendo a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

Sanitaristas ressaltam que a descentralização do SUS representou um avanço importante para sua concretização ao expandir a oferta de serviços, sobretudo na atenção básica e com fortes investimentos municipais, e ao fortalecer a

racionalidade técnico-sanitária e organizacional para condução das políticas de saúde, representada pelas suas secretarias de saúde. Porém, reconhecem que houve excesso no processo de municipalização do SUS, ausência de uma coordenação regional e um fraco papel dos estados brasileiros na ordenação de redes assistenciais. Houve, assim, um desvirtuamento da noção de comando único, como se fosse possível que todos os municípios cumprissem o papel de único prestador de serviços. Mesmo aqueles municípios com maior nível socioeconômico tiveram dificuldade de construir uma rede de serviços que pudesse oferecer cuidados desde a atenção primária a alta complexidade. Naqueles com menos recursos, o que se constata são os vazios assistenciais, especialmente de equipamentos de maior complexidade, o que gera peregrinação de moradores de municípios de pequeno porte para grandes centros em busca de atendimento especializado (DOMINGUEZ, 2014).

Contudo, a descentralização não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala (VASCONCELOS; PACHE, 2012).

Assim, esse reconhecimento pelos sanitaristas sobre a exagerada municipalização do SUS tem fortalecido o discurso de fortalecimento da regionalização (DOMINGUEZ, 2014).

Regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, C., 2011).

O termo região de saúde surgiu ainda no contexto normativo da NOAS/SUS 01/2001 (BRASIL, 2001a), que instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, da conformação de redes hierarquizadas de serviços e do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da

população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidade.

O Estado de Minas Gerais, com 853 municípios, conta com 77 microrregiões de saúde e 13 Macrorregiões de Saúde (MINAS GERAIS, 2011).

A ideia da hierarquização busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente. A crítica aos modelos hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

As portas de entrada ao SUS, definidas como serviços de atendimento inicial à saúde de seu usuário, são representadas pela atenção primária, pela atenção de urgência e emergência e pela atenção psicossocial, podendo também contar com portas especiais de acesso aberto, entendidas como serviços de saúde específicos para o atendimento daqueles que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial. O acesso ordenado às ações e serviços de saúde, que se inicia nessas portas de entrada, deve ter continuidade na rede regionalizada e hierarquizada do sistema e de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011).

Porém, observam-se ainda impasses no campo da gestão descentralizada nas dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e de qualidade e os entraves em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada diante do insucesso na efetivação da proposta de regionalização. Esta situação tem levado muitos municípios a buscar autossuficiência na oferta da maioria dos serviços, agravando os problemas de ineficiência na gestão dos recursos, sem resolver os problemas da integralidade da atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

A participação social, outro princípio estratégico do SUS na concepção de C. Teixeira (2011), ou a participação da comunidade, como preconizado no arcabouço legal, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados em instâncias colegiadas nos três entes federados denominadas Conferências de Saúde, de caráter temporário, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde; e Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle

da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências se dá de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990b, 2015).

Embora os conselhos municipais e estaduais de saúde tivessem suas criações por uma exigência legal para recebimento de recursos federais (BRASIL, 1990b), posteriores normas e legislações vêm dimensionando e valorizando seu importante papel de controle social no SUS, incluindo a fiscalização, a transparência e a prestação de contas pelos entes federados no que tange às políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012).

2.4 SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Os serviços de saúde no âmbito do SUS são representados pelos órgãos e instituições públicas e pela iniciativa privada. As instituições públicas são representadas por órgãos federais, estaduais e municipais, através de sua Administração Direta, Indireta e de Fundações Públicas. A iniciativa privada participa do SUS quando as disponibilidades do sistema público são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (BRASIL, 1990a).

Pretendia o Movimento Sanitário que a Saúde fosse considerada como de natureza pública, ou seja, somente o Poder Público poderia atuar nesse campo, cabendo-lhe delegar a terceiros, mediante concessão ou permissão, a execução dos serviços de saúde. Porém, a estatização do setor não encontrou eco na constituinte e a solução encontrada foi a coexistência dos dois setores na área da saúde: o público, representado pelo SUS, e o privado, que poderia atuar livremente e também participar SUS quando o Poder Público julgasse seus serviços insuficientes para atender à demanda de uma determinada população (SANTOS, L., 2003).

Assim, é permitido às instituições privadas, representadas pela iniciativa própria de profissionais liberais legalmente habilitados e de pessoas jurídicas de direito privado, participar de forma complementar ao SUS, segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1990a, 2015).

O SUS representa cerca de 75% do sistema de saúde brasileiro, ou 150 milhões de pessoas, estando os outros 25% da população, ou 50 milhões de pessoas, vinculados à saúde suplementar (GADELHA, 2010).

Em 2014, a rede SUS em todo o país contava com 39.310 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas, com uma cobertura assistencial estimada de 62,48% da população (BRASIL, c2012a), e 4.132 hospitais credenciados ao SUS, especializados ou geral, entre públicos e privados contratados (BRASIL, c2008d).

Porém, as ações e serviços do SUS, quando de natureza pública, tendem à especialização em tecnologia de baixa complexidade (SANTOS, M. A. B.; GERSCHAN, 2004), e à complementaridade de sua rede assistencial pela iniciativa privada por sucessão dos níveis de complexidade do sistema (GADELHA, 2010), com a expressiva participação da assistência hospitalar e o elevado grau de dependência do Estado dos produtores privados de serviços de saúde (MARQUES, 1999).

Na visão do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (2014a), essa relação do SUS com a iniciativa privada para complementaridade de suas ações e serviços compromete seus princípios, já que o direito universal à saúde passa a competir com os interesses de um mercado que historicamente sempre se beneficiou de políticas e recursos públicos no país e explora como negócio a prestação de serviços complementares ao sistema público.

Porém, para identificação das necessidades de saúde e orientação do planejamento integrado dos entes federativos, as políticas públicas do setor já consideram não apenas os serviços e ações ofertados pelo SUS, mas também os serviços da iniciativa privada, participante ou não de forma complementar ao SUS. Esse diagnóstico contempla o Mapa da Saúde de uma determinada descrição geográfica (BRASIL, 2011).

Com o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em alguns pontos da organização do SUS, foi apresentada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (Renases), cuja oferta obedece às especificidades regionais, aos padrões de acessibilidade, ao referenciamento dos usuários entre municípios e regiões, e à escala adequada. A Renases é organizada e padronizada em ações e serviços de atenção básica; ações e serviços de urgência e emergência; ações e serviços de atenção psicossocial; ações e serviços de atenção ambulatorial

especializada e hospitalar; e ações e serviços de vigilância em saúde.

A assistência terapêutica integral, incluída a assistência farmacêutica, também representa um campo de atuação do SUS (BRASIL, 1990a). O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), tratou também da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos e insumos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, são considerados medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos compõem a Rename e devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade de que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas além de servirem de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (BRASIL, 1998).

A Rename contempla medicamentos disponibilizados pelo SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar (BRASIL, 2013c).

Estados e Municípios podem ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem, e adotar relações específicas e complementares de medicamentos e insumos, em consonância com a Rename e contendo somente produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2011).

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente, estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS; ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; estar a prescrição em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou com a relação específica complementar estadual ou municipal de medicamentos; e ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011).

2.5 FINANCIAMENTO E GASTO NO SUS

O financiamento do SUS tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e dos envolvidos diretamente com a construção do sistema público de saúde, tornando-se tema constante em discussões de instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm se transformado em um grande desafio para os gestores (BRASIL, 2011b).

A Constituição Federal previu um orçamento autônomo para a Seguridade Social, compreendida pela Saúde, pela Previdência Social e pela Assistência Social, mediante recursos provenientes dos orçamentos dos três entes federados e de contribuições sociais, como a Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), que incide sobre a folha salarial e arrecadada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), cujos encargos incidem sobre empregados e empregadores; sobre o Faturamento da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), cujos contribuintes são as pessoas jurídicas de direito privado; e sobre a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), que tem como base de cálculo um percentual do lucro líquido das empresas (BRASIL, 2015).

Porém, a seguridade social no Brasil enfrenta dificuldades orçamentárias desde sua institucionalização, com desvinculações de seus recursos justificadas pela necessidade de ajustes fiscais por diferentes governos em sucessivas emendas constitucionais, caracterizando uma apropriação desse fundo público para a valoração e acumulação do capital vinculado à dívida pública (BOSCHETTI; SALVADOR, 2013).

O sistema de saúde brasileiro, constitucionalmente definido como universal e integral, apresenta também uma estrutura de gastos diferentes da estrutura de outros sistemas de saúde de cunho *welfariano*. Na coexistência dos sistemas público e privado no país, a participação financeira do setor privado é superior à do setor público. O gasto do setor privado corresponde a 56% do gasto total em saúde no país, enquanto o gasto do setor público é de apenas 44%. Essa estrutura, herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o Estado exerceu forte papel de promoção e expansão do setor privado, faz com que o gasto nacional em saúde

também esteja fortemente marcado por essa herança (UGÁ; SANTOS, 2006; VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Os gastos públicos do governo brasileiro no setor saúde representam atualmente cerca de 4% de seu Produto Interno Bruto (PIB), um nível baixo de despesa pública comparado à maioria dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média. Considerando o período de 1995/2010, a taxa média de crescimento anual em gastos públicos na saúde foi menor no Brasil do que em vários outros países de renda média (3% por ano no Brasil, em comparação com 8% a 12% na China, República da Coreia, África do Sul e Turquia). Ressalta-se que o crescimento em gastos reais acelerou no início da década de 2000 (cerca de 6% ao ano), mas continua inferior ao de muitos países comparáveis ao Brasil (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

O financiamento das ações e serviços de saúde no SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 1990a, 2015), mas em resposta à drástica descentralização das responsabilidades pela prestação de serviços de saúde, a distribuição da participação do financiamento entre os níveis de governo também passou por mudanças notáveis nas últimas duas décadas. No final da década de 1980, imediatamente após a criação do SUS, o financiamento federal representava 85% do total de gastos públicos na saúde. Desde então, a parcela federal no financiamento da saúde tem recuado constantemente, chegando a 45% do total no fim da década de 2000. Em direção oposta, municípios e estados intensificaram seus gastos constantemente, atingindo os percentuais de 28% e 27%, respectivamente, de participação no financiamento total em 2009 (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Em 2012, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 para dispor sobre os valores financeiros mínimos a serem aplicados pelos entes federados ao setor saúde.

Municípios e Estados devem destinar, mínima e respectivamente, 15% e 12% de suas receitas correntes brutas em ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012), mas suas séries históricas das médias percentuais de investimentos no setor têm sido superiores ao mínimo estabelecido (MAGALHÃES, 2014).

Os municípios brasileiros, em média, elevaram seus gastos em saúde em relação às suas receitas correntes brutas de 18% a 21,9%, entre 2004 e 2013,

atingindo o limite de suas reais condições técnicas, administrativas e, principalmente, financeiras; os estados, no mesmo período elevaram seus gastos em saúde, em média, de 11,9% a 14,3% (MAGALHÃES, 2014).

A aplicação mínima de recursos financeiros por parte da União segue outro regramento. A base do cálculo de aplicação mínima por parte da União é estipulada nos recursos aplicados em anos anteriores acrescidos da variação anual do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2012, 2015).

Para Magalhães (2014), a não definição de um percentual mínimo de investimento em saúde por parte da União, detentora da maior parcela do bolo tributário nacional, causa um acúmulo de déficit financeiro de investimentos federais em saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e/ou estadual e utilizados na execução de ações previstas em seus instrumentos de planejamento (BRASIL, 2013a).

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e/ou municipais de saúde na forma de blocos de financiamento. São constituídos 6 (seis) Blocos de Financiamento Federal: Bloco da Atenção Básica; Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Bloco da Vigilância em Saúde; Bloco da Assistência Farmacêutica; e Bloco da Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Para o conhecimento dos recursos aplicados em saúde pelos entes federados, o SUS conta com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), idealizado pelo CNS em 1993 e institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde em 2000, sob coordenação do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Os dados declarados pelos entes federados são coletados, armazenados e processados, gerando informações sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000, 2004).

Porém, somente em 2012, com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) o registro e a atualização permanente dos dados no SIOPS, sob

responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera, se tornaram obrigatórios, quando também se estabeleceram critérios para o reconhecimento de ações e serviços como despesas públicas em saúde, para efeito de apuração da aplicação dos recursos mínimos.

Os recursos financeiros do SUS são geridos e depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2015). Sua unidade orçamentária e gestora, instituída por lei, é o Fundo de Saúde. O Gestor de Saúde é o responsável pela consolidação de suas contas referentes às despesas com ações e serviços de saúde executados por órgãos e entidades de sua administração direta e indireta (BRASIL, 2012).

O financiamento do SUS conta ainda com fontes adicionais de recursos, como o reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, devendo os estados e municípios viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2007).

Contudo, além da insuficiência de recursos, o problema do gasto em saúde, na gestão descentralizada, está também relacionado aos mecanismos de alocação, ainda fortemente atrelados a programas e atividades definidas centralmente, mas executadas pelos municípios. Isto levou a fragmentação do financiamento por ações, e a normalização sobre sua utilização tem sido apontada pelos gestores como uma dificuldade adicional a aplicação desses recursos, que muitas vezes não guardam correspondência com as prioridades locais e regionais. Adiciona-se, como agravante no campo da execução financeira, a inadequada priorização dos gastos e a malversação, ainda reinante, que compromete a oferta oportuna das ações e serviços. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

2.6 PLANEJAMENTO NO SUS

O planejamento como instrumento de previsão de ações e racionalização de recursos e de mobilização de sujeitos 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 formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. A exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias, normas operacionais, agendas e pactos e o uso do planejamento para a captação de recursos acabam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas e o levando a certo descrédito (PAIM, 2012).

No campo da gestão, o SUS se defrontou com um problema estrutural da Administração Pública no Brasil, pouco considerado nas análises, que lhe compromete a racionalidade e desempenho. Apesar de se reconhecer o caráter de inovação que o SUS representou na conformação da reforma do Estado Brasileiro ainda predomina no cotidiano de gestão dos serviços e do sistema, nos vários âmbitos e dimensões, uma defasagem ante as exigências de racionalidade, continuidade e integração funcional para alcance de resultados. Descompasso resultante da lógica da gestão pública ainda marcada pela descontinuidade, pela fragmentação e desarticulação, orientada por objetivos de curto prazo, em função dos ciclos eleitorais, burocratizada e com servidores desmotivados, em geral operando com baixa eficiência e eficácia e pouca efetividade, em decorrência da tradição patrimonialista e da permeabilidade do Estado aos interesses partidários ou de grupos privados, ainda prevalentes no país (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Neste contexto o planejamento e a programação, previsto em Lei e nos instrumentos normativos, essenciais ao processo de coordenação de redes, sistemas e ações integradas assumem um viés burocrático e não cumprem seu papel de orientar a busca de resultados sanitários para o conjunto da população. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

O SUS conta com o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) como seus instrumentos de planejamento, que se interligam sequencialmente, compondo um processo cíclico para sua operacionalização integrada, solidária e sistêmica (BRASIL, 2013a).

O PS é o instrumento central desse planejamento. Busca a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão

do SUS para o período de quatro anos e explicita os compromissos do governo para o setor ao refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera, considerada entre outros, a estrutura do sistema de saúde, sua rede de atenção à saúde e os recursos financeiros (BRASIL, 2013a).

A PAS é o instrumento que define ações que, num ano específico, busca alcançar os objetivos e o cumprimento das metas do PS, com a previsão de alocação dos recursos orçamentários (BRASIL, 2013a).

O RAG é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, contemplando, entre outros, a análise da execução orçamentária (BRASIL, 2013a).

Assim, os instrumentos de planejamento do SUS devem estar compatíveis com os instrumentos de planejamento e orçamento governamental, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão (BRASIL, 2013a). O PPA, a LDO e a LOA são estabelecidas por lei de iniciativa do Poder Executivo (BRASIL, 2015).

O PPA, elaborado no primeiro ano de um governo e aprovado pelo Poder Legislativo no mesmo ano, estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. O Poder Executivo deve elaborá-lo até o dia 30 de agosto do primeiro ano de governo, cabendo ao Poder Legislativo a sua aprovação até o dia 15 de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 2015).

A LDO, elaborada anualmente e também aprovada pelo Poder Legislativo, compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. Deve ser apresentada, anualmente, pelo Governo, até o dia 30 de abril (BRASIL, 2015).

A LOA compreende o orçamento fiscal e de investimento, acompanhada de demonstrativo sobre receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia. Deve ser apresentada, anualmente, pelo Executivo Federal ao Legislativo, até o dia 30 de agosto; estados e municípios devem fazê-lo até 30 de setembro (BRASIL, 2015).

Importante também ressaltar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão

fiscal e o equilíbrio das contas públicas (BRASIL, 2000), mas que para Cislighi, Souza e S. O. Teixeira (2011) possui como contraface a irresponsabilidade social ao priorizar cumprimento de metas fiscais sem ter metas de redução de desigualdades sociais ou mesmo avaliação da necessidade de ampliação de recursos nas políticas sociais. Os recursos da área social passam, assim, a ficar submetidos às necessidades da área fiscal. Uma das principais consequências da LRF foi a limitação na contratação de pessoal, que significou a redução de concursos públicos e a falta de mão de obra na saúde, na educação e demais serviços públicos nos últimos anos.

2.7 JUDICIALIZAÇÃO NO SUS

No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições para a garantia e promoção dos direitos de cidadania, amplamente amparados em leis internacionais e nacionais (VENTURA et al., 2010).

As ações podem ser individuais ou coletivas, dependente do número de autores e beneficiados.

Para Souza (2012) a judicialização das políticas públicas pode ser entendida como a condenação do Estado através de decisões judiciais como consequência da omissão na implementação dos direitos sociais fundamentais.

No Brasil, o processo judicial na área da saúde contra os Poderes Públicos iniciou com as reivindicações de pessoas HIV positivas na década de 1990, fundamentadas no direito constitucional à saúde, resultando numa jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato da assistência à saúde individual, de forma íntegra e gratuita no SUS (ROQUE, 2014; VENTURA et al., 2010).

A carência de políticas públicas, o fortalecimento do Poder Judiciário e o amparo constitucional dos direitos fundamentais deram impulso ao crescimento do fenômeno conhecido como judicialização da política, ou seja, a forte atuação do judiciário na concretização dos direitos sociais (BARROS, 2015).

Estudos sobre a judicialização da saúde têm enfatizado os efeitos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde.

Pepe e outros (2010) e Ventura e outros (2010) apontam que esse tipo de intervenção no SUS aprofunda iniquidades no acesso e coloca em risco o princípio da igualdade, ao privilegiar determinado segmento e indivíduos com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros.

Ventura e outros (2010) alertam também para o *marketing* comercial e/ou *lobby* exercido pela indústria e comércio farmacêutico junto a segmentos sociais (pesquisadores, pacientes, médicos) e governamentais, para incorporação de seus produtos, o que poderia exercer papel importante no sentido de estimular a demanda judicial para incorporação de novos medicamentos.

Nessa linha, Campos Neto e outros (2012) assinalam que o Poder Judiciário contribui para introduzir no mercado medicamentos não padronizados pelo SUS ou pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para condições de saúde não registradas por diretrizes ou protocolos.

Para Pepe e outros (2010), tais fatos favorecem a introdução de novas tecnologias de forma acrítica e, por vezes, sob forte influência das indústrias farmacêuticas, onde parte dessas inovações não representa real ganho de eficiência terapêutica, mas podem, inclusive, causar eventos adversos à saúde. Logo, o uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados, pode significar também riscos e danos à saúde

Segundo Roque (2014), a intervenção judicial afeta a administração dos recursos de saúde e interfere diretamente na utilização do erário, o mesmo observado por Campos Neto e outros (2012), ao discorrerem que a judicialização pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do SUS, uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviço de saúde acarreta gastos elevados e não programados.

Porém, há também apontamentos sobre os efeitos benéficos na relação estabelecida entre o acesso à justiça, o acesso à saúde e a responsabilização do Estado. Campos Neto e outros (2012) também destacam que existem vazios assistenciais e dificuldades no acesso às políticas de saúde pública que ganham maior visibilidade com as ações judiciais, gerando o debate necessário e propiciando o alcance de soluções, enquanto Ventura e outros (2010) discorrem em seu trabalho que a escolha da via judicial pela ausência ou deficiência da prestação estatal na rede pública expressa problemas de acesso à saúde em seu sentido mais genérico, isto é, como uma dimensão do desempenho do sistema de saúde associado à oferta, sendo,

assim, um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e direito vivido.

A resposta judicial, em geral, tem se limitado a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação requerida pelos reivindicantes, o que tem resultado em uma forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica do poder judicial para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da Saúde (VENTURA et al., 2010).

Para Schulze (2014) há de se discutir, então, o processo da judicialização sobre dois pressupostos. O primeiro deles 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. Outro pressuposto, que representa as maiores discussões nesse campo, diz respeito a ações e serviços não previstos legalmente à concessão pelo gestor público, tendo no Judiciário a indispensável solução do conflito de interesses.

Esse cenário decorrente da judicialização da saúde vem exigindo uma nova postura do magistrado brasileiro (SCHULZE, 2014).

Em 2010, O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), considerando, entre outros fatores, o elevado número de processos judiciais em saúde e o alto impacto financeiro e orçamentário para cumprimento das decisões, estabeleceu diretrizes de atuação a juízes e demais operadores do direito visando assegurar maior eficiência na solução dessas demandas judiciais. Instituiu também o Fórum Nacional do Judiciário, culminando, no ano de 2014 com sua primeira jornada de direito da saúde, com aprovação de 19 enunciados em Saúde Pública, entre elas, a ratificação de sua recomendação anterior de que, sempre que possível, o Gestor do SUS deva ser ouvido antes do pronunciamento de decisões judiciais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010, 2014).

A judicialização da saúde expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça (PEPE et al., 2010).

Ainda assim, a demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra os entes públicos apresenta um crescimento exponencial (VENTURA et al., 2010), preocupando, cada vez mais, os atores políticos do SUS num campo de interface conflituoso entre saúde e direito.

(AKERMAN; FEUERWERKER, 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).

Apenas com aquisição de medicamento solicitados pela via judicial, os gastos federais entre os anos de 2005 e 2008 saltaram de R\$2,5 milhões para R\$52 milhões, enquanto no Estado de Minas Gerais o salto foi de R\$8,5 milhões para R\$42,5 milhões no mesmo período (MACHADO et al., 2011).

De modo geral, a escassez, sobretudo dos recursos financeiros do Estado, não é considerada por boa parte das decisões judiciais, que ignora quase completamente as variáveis econômicas envolvidas nas questões que são postas para sua solução (MELQUÍADES DUARTE, 2013).

Heinen (2009) defende que a conceituação e implementação dos direitos fundamentais devem considerar o custo dos direitos e a escassez de recursos, já que o déficit orçamentário impõe limites à atuação do Estado.

Vale ressaltar que o texto constitucional vincula o direito à saúde às políticas sociais e econômicas, cujo sistema de saúde, o SUS, é financiado ordinariamente com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2015).

Desde sua criação, o SUS conta com um nível de financiamento insuficiente (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2014a) e a fragilidade do financiamento condiciona, muitas vezes, a eficiência esperada do sistema (MENDES; MARQUES, 2012).

O financiamento do SUS tem se destacado como um dos assuntos mais polêmicos e mais debatidos no contexto de formulação, implantação e implementação do Sistema. O debate tem girado entre a denúncia do subfinanciamento setorial para dar conta do atendimento das demandas de atenção integral num contexto de universalização do acesso até a concentração dos recursos no orçamento da União com alocação direcionada em função das políticas e programas dos gestores federais, em detrimento da autonomia dos estados e municípios (VASCONCELOS; PASCHE,

2012).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (2014a) aponta como características do financiamento público em saúde: a queda proporcional da participação do governo federal no total dos gastos do SUS, o que indica um compromisso gradualmente menor da União em relação ao direito universal à saúde; uma competição crescente do investimento em saúde pública em comparação a outras políticas sociais de governo, como previdência social, assistência social, educação, trabalho, urbanismo, direitos da cidadania, cultura, saneamento e habitação, refletindo na queda da participação do setor no interior das despesas sociais; a renúncia fiscal relativa à isenção do imposto de renda dos gastos com planos e serviços privados de saúde, introduzido pelo Código Tributário do Regime Militar e mantido pela legislação brasileira após a redemocratização do país; e o financiamento, pelo Estado, de planos e seguros de saúde para os funcionários públicos e seus dependentes.

2.8 CUSTO EM SAÚDE

O exercício da gestão de custos no SUS tornou-se imperativo em virtude da necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema (BRASIL, 2013b) e, embora necessária, a relação entre economia e saúde é difícil e não desprovida de tensões (MENDES; MARQUES, 2012). Ainda, o setor público está sujeito à obrigação legal para implantação de custos (BRASIL, 2013b).

A gestão de custos no SUS visa estabelecer os processos e o consumo adequado de recursos que privilegiem a qualidade, construindo padrões de referência que possibilitem remuneração mais apropriada das ações e serviços públicos de saúde, bem como informação para subsidiar as discussões sobre o financiamento do sistema (BRASIL, 2013b).

A crescente restrição de recurso público e o constante desafio do funcionamento do SUS, universal e integral, exigem que a economia em saúde seja cada vez mais considerada (MENDES; MARQUES, 2012).

Os custos podem ser diretos ou indiretos. Os custos diretos são os que

resultam diretamente das intervenções e divididos em médicos e não-médicos (ARAÚJO, 2010). O custo direto médico pode ser definido como valores de bens e serviços e de outros recursos consumidos para a provisão de uma intervenção em saúde (RASCATI, 2010). Exemplos de custos diretos médicos são: as diárias hospitalares, os exames complementares, os medicamentos, as próteses e órteses e os honorários médicos. O transporte do paciente ao hospital é exemplo de custo direto não-médico. Os custos indiretos, também chamados de custos sociais, resultam da perda de produtividade associada ao absenteísmo ou à mortalidade precoce. São exemplos de custos indiretos o referente à falta de produtividade de um trabalhador que se encontra internado ou em consulta ambulatorial e o do acompanhante do paciente, que se encontra temporariamente impedido de trabalhar (ARAÚJO, 2010).

Há também como classificar os custos quanto às opções de mensuração dos elementos obtidos pelo sistema de acumulação. Os três tipos de custo são: Custo estimado, Custo real e Custo-padrão (BRASIL, 2013b).

Custo Estimado é o custo estabelecido com base em custos de períodos anteriores, ajustados em função de expectativas de ocorrências futuras. Parte da hipótese de que a média do passado é um número válido e apenas introduz algumas modificações esperadas. Possui menos rigor técnico, mas se mostra simples e fácil de se trabalhar. Custo real é o custo obtido ou observado após a produção; e Custo-padrão é o custo que é cuidadosamente predeterminado e que deveria ser atingido em operações eficientes (BRASIL, 2013b).

Para a execução de uma avaliação econômica, deve-se definir também a perspectiva ou o ponto de vista da análise que o estudo assume e a quem ele se dirige ou interessa. As perspectivas mais comumente utilizadas nos estudos de avaliação econômica são aquelas que consideram o ponto de vista do paciente e da família, dos hospitais, do setor público, das companhias de seguro ou da sociedade como um todo (BRASIL, 2008).

A perspectiva do SUS pode ser adotada sob duas óticas. Uma referindo-se ao SUS como órgão comprador de serviços de saúde e a outra como órgão público prestador de serviços de saúde. No primeiro caso, são considerados todos os custos diretos cobertos pelo sistema público, sendo, portanto, computados os custos relacionados ao repasse de recursos para a compra de serviços prestados por hospitais e outros serviços de saúde. Por outro lado, quando a perspectiva adotada é a do SUS como prestador de serviços de saúde, os custos advêm dos insumos

efetivamente utilizados na produção dos serviços ou procedimentos (BRASIL, 2009a).

A perspectiva da sociedade, por definição, é a mais abrangente, levando em consideração toda a sociedade e as consequências diretas ou indiretas de uma intervenção. Todos os efeitos na saúde e custos resultantes são considerados, independente de quem é afetado ou tratado, e independente de quem está pagando pela intervenção. A perspectiva da sociedade representa o interesse público geral ao invés daquele de um grupo específico (BRASIL, 2008).

A padronização dos custos é necessária sempre que os mesmos forem estimados a partir de informações fornecidas mais de um ano antes do estudo. Os dados coletados retrospectivamente deverão ser ajustados em determinado ponto do tempo. Isso pode ser feito, por exemplo, pela multiplicação de todos os custos do ano pela taxa de inflação média do mesmo ano, que, geralmente. Por outro lado, se os custos são estimados em anos futuros, a correção deverá ser feita pela taxa de desconto. Desta forma, é possível calcular o valor presente de economias futuras (RASCATI, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar o custo direto da judicialização da saúde pública no município de Juiz de Fora entre setembro de 2014 e março de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a demanda da judicialização da saúde pública no município de Juiz de Fora quanto ao perfil do cidadão, da demanda e da representação jurídica;
- Apontar o custo direto para cumprimento de ações judiciais referentes a produtos ou serviços de saúde cuja competência administrativa num sistema de saúde descentralizado não cabe à SS-JF.

4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, de abordagem quantitativa, descritivo e retrospectivo, às demandas judiciais individuais em saúde contra o município de Juiz de Fora. Entende-se como demanda individual aquela em que somente o autor da ação é beneficiado.

Encontraram-se processos judiciais contra o município de Juiz de Fora de modo compartilhado ou não com o Estado de Minas Gerais, com a União ou com ambos os entes federados, o que no direito é reconhecido como responsabilidade solidária. Porém, o estudo considerou como réu nos processos judiciais somente o município de Juiz de Fora, sem o compartilhamento do custo entre as esferas, quando também demandadas. Tomou-se esse critério por constarem em alguns processos judiciais contestações do município perante ao Poder Judiciário, quando da decisão solidária, em que apenas o ente municipal vinha cumprindo a determinação, sem interrupção, do fornecimento de medicamentos.

Com 526.709 habitantes (BRASIL, c2008a), Juiz de Fora está localizada no Sudeste do Estado de Minas Gerais, mesorregião geográfica da Zona da Mata Mineira e possui um PIB *per capita* de R\$6,2 mil e uma das mais altas expectativas de vida do Brasil (JUIZ DE FORA, c2015a). Há uma ligeira predominância de residentes do sexo feminino (52,63%), e a população com mais de 60 anos representa cerca de 12,51% (BRASIL, c2008a).

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). Sua rede assistencial de atenção básica 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, c2012b) enquanto a assistência ambulatorial especializada médica e diagnóstica era prestada por entidades públicas e privadas contratadas (BRASIL, c2008b). A rede assistencial SUS contava também com doze hospitais, entre públicos e filantrópicos e privados conveniados (BRASIL, c2008e) com a oferta de 1.594 leitos em diferentes especialidades, além de 189 leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (BRASIL, c2008c).

A Relação de Medicamentos do município de Juiz de Fora (Remume-JF) é composta por medicamentos do CBAF cujos itens são dispensados por suas unidades básicas e departamentos especializados (JUIZ DE FORA, 2013, c2015b). A SS-JF possui um cronograma de compras de medicamentos definido anualmente. São realizadas três compras anuais. As compras são realizadas principalmente pelo Sistema de Registro de Preço (SRP), por processo licitatório ou dispensa (JUIZ DE FORA, 2013, c2015c).

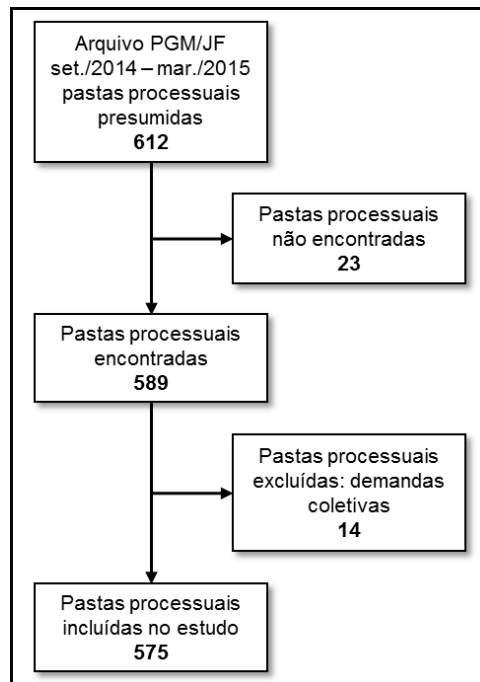
O PS 2014-2017 já apontava uma judicialização excessiva no âmbito municipal (JUIZ DE FORA, 2013) e, de fato, o município inseriu em suas leis orçamentárias a previsão de despesas com o cumprimento das ações judiciais. Para 2015, a previsão de gastos foi de R\$ 10.258.320,72 (JUIZ DE FORA, 2013, 2014); e para 2016 estão previstos R\$ 9.857.919,28 (JUIZ DE FORA, 2013, 2015a).

O projeto de pesquisa obteve aprovação da PGM-JF (Anexo A) e SS-JF (Anexo B) para coleta dos dados e do Comitê de Ética e Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) (Anexo C) para sua realização.

O instrumento para a coleta dos dados foi uma planilha desenvolvida no *software* Excel® 2010. Optou-se por buscar os dados na PGM-JF, órgão central do sistema jurídico municipal, responsável pela defesa judicial e extrajudicial dos interesses e direitos da Administração Pública, representando-a em juízo ou em processos administrativos contenciosos (JUIZ DE FORA, 2013, c2015d).

A PGM-JF contava com arquivo físico de cópias de documentos das ações judiciais em pastas individuais. As pastas se encontravam ordenadas de forma numérica e cronológica. Optou-se pelo corte a partir da primeira pasta arquivada no setor, representada pela pasta nº 1.900, cujo processo judicial dera entrada em 19 de setembro de 2014. Adotou-se um estudo longitudinal para um período de seis meses até 18 de março de 2015, cuja pasta correspondente foi a de nº 2.511. Esperava-se, então, encontrar 612 pastas ou processos judiciais, porém algumas pastas não foram encontradas e outras foram excluídas do estudo por representarem processos judiciais de demandas coletivas. Logo, a amostra se constituiu de 575 processos judiciais, o que representa 93,95% de todos os processos judiciais contra o município no período estudado. A Figura 1 representa a inclusão e a exclusão do número de pastas no estudo. A entrada dos dados seguiu a ordenação das pastas.

Figura 1 – Inclusão e exclusão de pastas processuais no estudo



Fonte: O autor (2016)

4.1 PERFIL

Teve como objetivo conhecer o perfil do cidadão, de sua representação jurídica e de suas demandas. As petições iniciais dos processos judiciais eram os primeiros documentos analisados em cada pasta, já que forneciam muitas informações importantes para a coleta, como o sexo do cidadão, sua idade, seu município de residência, sua doença, a representação jurídica responsável pelo ajuizamento da ação e o pedido propriamente dito. Outras instruções anexadas ao processo, como cópias de documentos do cidadão, receituários e laudos médicos e negativas da oferta do serviço por parte do Gestor Municipal forneceram dados complementares à coleta dos dados, quando necessário.

4.1.1 Perfil do cidadão

Determinaram-se para o perfil do cidadão as subvariáveis sexo, grupo

etário, município residência, trabalho, renda e doença.

A subvariável *sexo* foi coletada dos processos e categorizada em: *masculino* ou *feminino*.

Para a subvariável *grupo etário* foi necessária primeiramente uma leitura da idade, subtraindo-se o ano de nascimento do ano do processo judicial. A idade encontrada foi agrupada de acordo com a terminologia normatizada em estatutos de proteção a grupos etários específicos. *Crianças*, *Adolescentes* e *Idosos* possuem legislações próprias de proteção a seus direitos através das leis federais nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). Os cidadãos cujas idades não se enquadravam nos referidos grupos etários foram incluídos no estudo como *Adultos*. As variáveis foram então distribuídas em quatro categorias: *criança* (0 a 11 anos de idade), *adolescente* (12 a 18 anos de idade); *adulto* (19 a 59 anos idade); e *idoso* (60 anos de idade ou mais).

Para a subvariável *município de residência* foram coletados os nomes dos municípios onde residiam os cidadãos. Devido à diversidade de nomes de municípios encontrados, criaram-se duas categorias para a subvariável: *Juiz de Fora*, quando o cidadão residia no município de Juiz de Fora; e *outro município*, quando o cidadão era residente em município diferente ao de Juiz de Fora. Em um sistema de saúde pública regionalizado, a integralidade do serviço pode (e deve) ser garantida mesmo em município diferente ao de sua residência, respeitadas sua complexidade e a pactuação assistencial ambulatorial e hospitalar. Juiz de Fora, por contar com uma rede especializada de serviços, é polo de saúde e a maior referência assistencial para os demais municípios de sua macrorregião sanitária.

A subvariável *trabalho* tinha como objetivo inicial levantar as diferentes profissões ou ocupações exercidas pelo cidadão, conhecendo-se assim sua atividade profissional. Quando informada a profissão, os dados eram alimentados individualmente na planilha tal como declarada. Devido a diversidade de profissões ou atividade profissional principal declarada, fez-se necessário padronizá-las em uma categoria única. Dessa forma, foram categorizados como empregados, já que, quando fora do mercado de trabalho, os cidadãos se declaravam desempregados, aposentados ou pensionistas. A subvariável trabalho se compôs, então, de três categorias: *empregado*, quando encontrada informação sobre a profissão ou ocupação; *desempregado*, quando assim declarado; e *aposentado/pensionista*,

quando declarado aposentado ou pensionista. Quando se tratou de cidadão menor ou civilmente incapaz, considerou-se a informação de seu representante legal no processo judicial.

Para a subvariável *renda* pretendia-se levantar a renda média do cidadão. Porém, o que se observou nos processos judiciais foram declarações de insuficiência de recursos para a garantia da assistência jurídica integral e gratuita pelo Estado. A isenção do pagamento das custas do processo e dos honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio ou da família, é garantido pela Lei Federal nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950 (BRASIL, 1950). Foi comum observar nas ações judiciais o termo “hipossuficiente” para se referir ao cidadão que se utiliza desse dispositivo legal. Foram criadas então duas categorias para a subvariável renda: *suficiente de recursos*, se encontrada informações sobre a renda do cidadão; e *insuficiente de recursos*, quando assim declarado. Quando se tratou de cidadão menor ou civilmente incapaz, considerou-se a informação de seu representante legal no processo judicial.

A subvariável *doença* foi trabalhada a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID) atestada pelo médico assistente em laudos médicos e citadas nos processos judiciais. A CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e se encontra em sua 10ª revisão (CID-10). A CID visa padronizar a codificação das doenças e outros problemas relacionados à saúde. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única. É estruturada em capítulos, grupos e doença propriamente dita. Havia processos judiciais em que era declarada mais de uma doença. Nesses casos, considerou-se para cada processo judicial apenas a doença principal atestada pelo profissional médico. As informações se referiam à doença em seu código numérico, que foram convertidos no estudo para seu capítulo correspondente, discriminado pelo nome. Na CID são categorizados 23 capítulos, desde infecções infectocontagiosas a lesões por consequências de causas externas.

4.1.2 Perfil da representação jurídica

Para a variável *representação jurídica* foram considerados os órgãos jurídicos ou os operadores do direito que ajuizaram a ação judicial contra o município de Juiz de Fora para a garantia do produto ou serviço solicitado. Quando

representados nos processos, foram encontrados nas petições iniciais dos processos a representação jurídica do cidadão através de Advogados Particulares, da DPMG (Defensoria Pública de Minas Gerais), da DPU (Defensoria Pública da União) e do MPMG (Ministério Público de Minas Gerais). Houve casos em que o cidadão se dirigiu diretamente ao Juizado Especial Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (JEC). Somente a partir de 20 salários-mínimos, a lei exige o acompanhamento de um profissional advogado ou um órgão jurisdicional do Estado para sua representação perante a justiça (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS, c1997-2015). Foram também encontradas ações ajuizadas por outro município, através de sua Procuradoria Geral, nos pedidos de internação por transferência de pacientes de sua unidade de pronto-atendimento para a rede credenciada SUS no município de Juiz de Fora. Não se pretendeu criar subvariáveis para a representação jurídica, apenas conhecer o órgão ao qual o cidadão recorreu para sua representação jurídica. Assim, compuseram o banco de dados todos aqueles órgãos ou instituições encontradas nos processos judiciais como responsável por ajuizar as ações judiciais, a saber: *Advogados Particulares; DPMG; DPU; MPMG; JEC; e Outro Município.*

4.1.3 Perfil da demanda

A demanda foi representada pelo pedido do produto ou serviço, o que caracteriza o objeto da ação judicial, ou seja, a assistência à saúde requerida pelo cidadão por via judicial. As variáveis respeitaram a discriminação adotada pela PJF em suas leis orçamentárias, em que o mandado judicial constituiu uma rubrica subscrita em *Exame/Internação*; e *Medicamento/Insumo*. Para o estudo, as rubricas foram desmembradas e coletadas individualmente como *Exame*, *Internação*, *Medicamento* e *Insumo*. Uma outra categoria, denominada *Complementos/Suplementos Alimentares* foi acrescentada, representada por compostos vitamínicos, proteicos ou calóricos e leites especiais. O entendimento para que os complementos/suplementos fossem incluídos no estudo foi a criação do Programa de Nutrição Enteral e Oral (PNEO) pela SS-JF, em 2015, em decorrência de sua grande demanda judicial (JF TERÁ..., 2015). As categorias que não se enquadravam nas anteriormente descritas foram classificadas como Outros Pedidos.

As subvariáveis foram então distribuídas em seis categorias: *exame, internação, medicamento, insumo, complemento/suplemento alimentar e outros pedidos*.

Os exames corresponderam aos pedidos de exames diagnósticos laboratoriais, anatomopatológicos ou de imagem, analisados conjuntamente no estudo, sem diferenciação entre eles. Cada processo judicial continha apenas um pedido de exame e não havia uma uniformização de suas nomenclaturas. Adotou-se, então, a padronização pela nomenclatura da tabela do SUS, consultada no SIGTAP.

As internações hospitalares eram solicitadas judicialmente para diferentes situações (transferência, compulsória ou eletiva). Os pedidos judiciais de internação por transferência hospitalar se referiam aos casos em que cidadão já se encontrava internado em unidade hospitalar ou pré-hospitalar, do próprio município ou de outro, mas não resolutive para o caso clínico, sendo solicitada à Central de Regulação Hospitalar sua 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, 2001b), eram solicitadas por terceiros, geralmente representante da família, justificadas e atestadas por um profissional médico a isenção de domínio do cidadão sob sua condição psicológica e física. Obrigatoriamente as internações compulsórias devem ser determinadas judicialmente. As internações de caráter eletivo, embora autorizadas pela SS-JF, apresentavam dificuldade de agendamento por parte dos hospitais de acordo, como relatado nos processos. Os laudos de internação hospitalar integravam a documentação dos processos judiciais. Tratou-se de cópias de relatórios emitidos pelo Sistema SUSfacil/MG, *software* implantado pela SES-MG para regulação do acesso aos leitos hospitalares. Os relatórios do SUSfacil/MG permitiram verificar o procedimento hospitalar solicitado e sua respectiva especialidade médica. Cada processo judicial continha apenas um pedido de internação, e os dados foram coletados de acordo com a especialidade médica solicitada no laudo, independentemente se por transferência, compulsória ou eletiva.

Quanto aos medicamentos, observou-se nos processos judiciais que, em grande parte, os receituários e as petições seguiam a discriminação pelo seu princípio ativo. Dessa forma, os dados foram coletados respeitando tal discriminação. Quando discriminados pelo nome comercial, buscou-se no DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) seu princípio ativo correspondente. Foram encontradas, também, prescrições de medicamentos em desacordo com o PCDT ou sem aprovação da

Anvisa. Não se diferenciou o medicamento quanto sua concentração ou forma de administração. Um processo judicial podia conter pedidos de um ou mais medicamentos e todos foram coletados e considerados no estudo.

Aos insumos corresponderam os pedidos de insumos de enfermagem, como gaze, esparadrapo, soro fisiológico, seringas descartáveis ou até mesmo fraldas geriátricas e adaptadores para coletores urinários. Embora coletados como discriminados no processo judicial, não foram criadas subvariáveis para cada tipo de insumo. Não foram também considerados quando solicitados juntamente com os pedidos de medicamentos e de complemento/suplemento alimentar como auxiliares ao tratamento, mas somente nas ações em que seu pedido constituía o objeto principal da ação judicial. Um processo judicial podia conter pedidos de um ou mais insumos e todos foram considerados.

As solicitações de complementos e suplementos alimentares compreendiam produtos vitamínicos, calóricos, proteicos e leites especiais. Os produtos foram pedidos pelo nome comercial. Embora coletados como discriminados no processo judicial, não foram criadas subvariáveis para cada tipo de complemento ou suplemento, se proteico, calórico, vitamínico ou leite especial. Em muitos processos judiciais, o prescritor, em geral o profissional nutricionista, apresentava mais de uma marca comercial como alternativa. Devido à dificuldade de se decidir qual produto seria considerado no estudo, foi considerada apenas a primeira marca citada. Quando o pedido contava também com insumos ou equipamentos auxiliares ao tratamento, esses não foram considerados. A coleta dos dados se deu única e exclusivamente aos complementos e suplementos alimentares. Cada processo judicial contou, portanto, com apenas um composto alimentar.

Para as categorias que não se enquadraram nas variáveis anteriores, foi criada a variável Outros Pedidos. Foram encontradas solicitações para fornecimento de equipamentos médicos, procedimentos ambulatoriais domiciliares e transportes especiais de pacientes, coletados tal como encontrados nos processos judiciais.

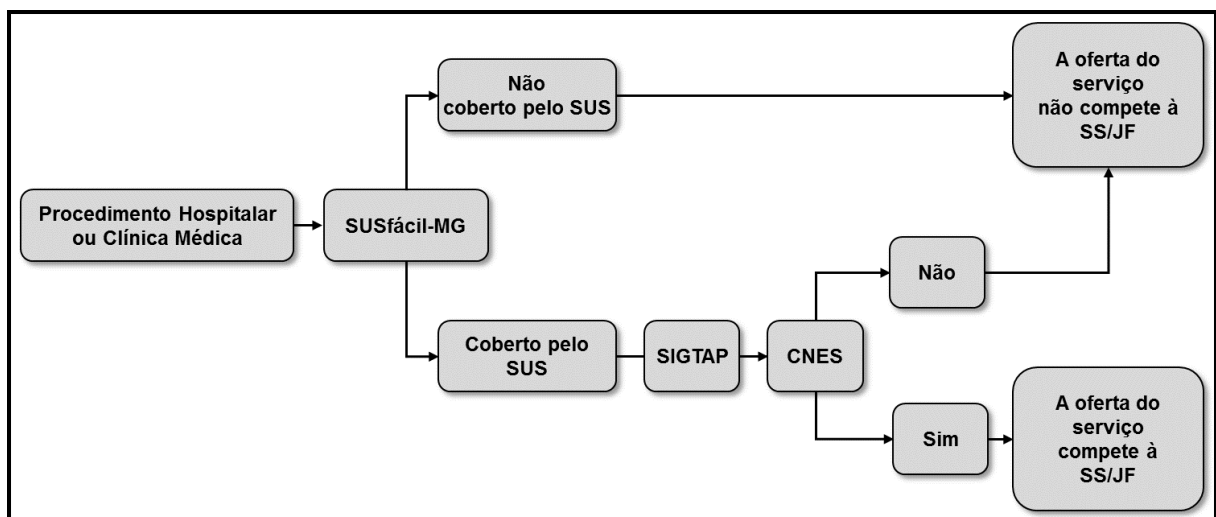
Estabeleceu-se também uma análise das demandas quanto as atribuições da SS-JF como Gestora Municipal do SUS, denominada *competência administrativa*. Para isso é importante pontuar que, apesar de se apresentar como um modelo universal e integral de atenção à saúde, o SUS conta com suas normas e instrumentos regulatórios, cujas atribuições e competências são privativas de alguns entes federados e outras comuns a todos eles num modelo descentralizado e hierarquizado.

Analisou-se a competência administrativa da SS-JF na oferta de produto ou serviço apenas para os pedidos de internação, medicamento e complemento/suplemento alimentar, determinando-se duas categorias: SIM, para as situações em que cabia à SS-JF a assistência à saúde dentro das normatizações do SUS; e NÃO, para os casos em que o produto ou serviço não eram cobertos pelo SUS, ou, quando cobertos, sua oferta deveria ser de responsabilidade de outra esfera de gestão do SUS, estadual ou federal.

Para a análise da competência administrativa de a SS-JF ofertar as internações hospitalares solicitadas nas ações judiciais, foi considerado primeiramente o procedimento hospitalar solicitado no relatório do SUSfácil/MG. Houve processos em que o código do procedimento não correspondia à clínica ou especialidade médica. Tal situação era aplicada para os pedidos de transferência, sendo o código registrado correspondente ao do primeiro atendimento a ser realizado, caracterizando urgência ao atendimento. Nesses casos optou-se pela análise do subgrupo correspondente à especialidade médica. Quando se tratava de procedimento não coberto pelo SUS, o relatório do SUSfácil/MG trazia tal informação no seu campo de ocorrências. Desse modo, considerou-se que a realização do procedimento hospitalar não era, por conseguinte, de responsabilidade da SS-JF. Quando coberto, o procedimento, codificado e discriminado como na Tabela de Procedimentos do SUS, foi inserido no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), a fim de se buscar os serviços e habilitações correspondentes. 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 passo seguinte foi cruzar a habilitação do serviço com a rede assistencial do município de Juiz de Fora através do CNES para se verificar a rede credenciada. O CNES é o sistema de informação do Ministério da Saúde que oferece informações dos estabelecimentos de saúde quanto sua capacidade física e operacional. Se encontrado um prestador credenciado pelo SUS, considerou-se como competência da SS-JF sua oferta, caso contrário considerou-se não ser de sua competência administrativa (Figura 2). Os casos sem previsão de oferta de serviços por parte do município foram representados pela cardiologia intervencionista, para a realização de angioplastia com implantação de *stent* farmacológico, e pela cirurgia cardiovascular, para implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso. No primeiro

caso, o *stent* farmacológico não integrava a Renases, não sendo, assim, coberto pelo SUS. Essa tecnologia acabou por ser incorporada durante o período analisado, mas foi considerada fora da cobertura do SUS e da competência do município devido ao tempo hábil para regularizar tanto os repasses financeiros por parte da União quanto a contratação de um prestador para a realização. Para os implantes de cardioversor de câmara dupla, embora houvesse a cobertura pelo SUS, o município não contava com prestador habilitado, o que ocorria no Estado de Minas Gerais apenas nos municípios de Belo Horizonte, Uberaba e Uberlândia.

Figura 2 – Percurso adotado para análise da competência administrativa da Secretaria de Saúde/Juiz de Fora – procedimento hospitalar ou clínica médica



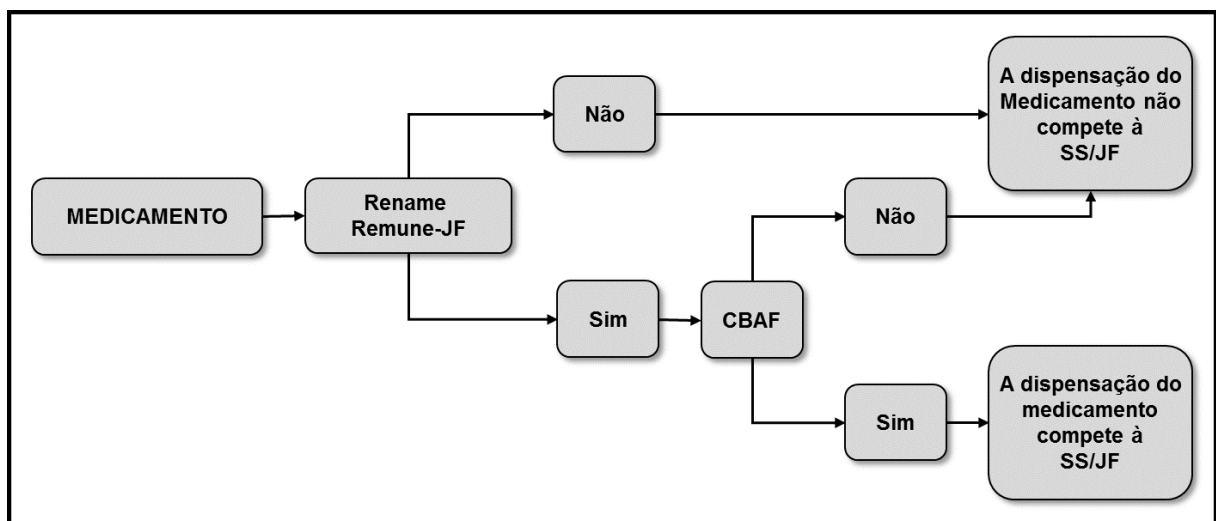
Fonte: O autor (2016)

Para a análise da competência administrativa de a SS-JF dispensar ou fornecer os medicamentos solicitados nas ações judiciais, considerou-se como responsabilidade municipal somente os medicamentos do CBAF, embora esse componente da assistência farmacêutica seja financiado pelas três esferas de governo.

A oitava edição da Rename, publicada em 2013 e vigente no momento do estudo, serviu como fonte de consulta. Se listada na relação de medicamentos básicos, a competência do fornecimento era considerada como do ente municipal. A Rename serve de referência para as relações municipais e estaduais, podendo ser

contemplada por inteiro, em parte ou mesmo ampliada, por decisão de seu Gestor de Saúde. A Remune-JF não contava com inclusões de outros medicamentos básicos e também contemplava um número inferior aos listados na Rename. Já o Estado de Minas Gerais incluiu em sua relação uma insulina de longa duração (Insulina Glargina) para o tratamento de diabetes mellitus. Observou-se também em alguns processos a prescrição de medicamentos em desacordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O PCDT tem como objetivo estabelecer critérios de diagnóstico e tratamento, além de se constituir num instrumento de regulação das prescrições de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Foram encontradas também prescrição de medicamento que não integravam as relações de medicamentos do SUS ou mesmo sem autorização da Anvisa (Figura 3).

Figura 3 – Percurso adotado para análise sobre a competência administrativa de a Secretaria de Saúde/Juiz de Fora em dispensar ou fornecer os medicamentos solicitados nas ações judiciais Remune-JF



Fonte: O autor (2016)

Os pedidos de complemento/suplemento alimentar foram considerados como não competência administrativa da SS-JF. Embora exista uma política nacional de alimentação e nutrição no âmbito do SUS que tem como propósitos a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, ela se insere no contexto da segurança alimentar e nutricional. Não há

normatização para uma relação de compostos alimentares para dispensação ou fornecimento pelos gestores do SUS, como acontece com a Política de Medicamentos. Desse modo, considerou-se no estudo que os complementos e suplementos alimentares solicitados judicialmente não compõem a política assistencial do SUS.

4.2 CUSTO

Estimou-se o custo direto pela perspectiva da SS-JF como gestora do SUS e compradora de serviço de saúde. Não houve padronização de valores pelo tempo e índices monetários. Todos os resultados se referem aos valores tal como coletados, sem ajustes.

O custo direto dos pedidos foi estimado para todas as categorias e analisado separadamente: exame, internação, medicamento, insumo, complemento/suplemento alimentar e outros pedidos, priorizando-se os valores adotados pelo SUS. Adotou-se, portanto, como fonte de consulta, para as diferentes categorias e suas especificidades, o SIGTAP; o custo médio das internações hospitalares no município de Juiz de Fora; a tabela de valores de operadoras de planos de saúde; editais de processos licitatórios realizados pela PJJ ou atos para contratação direta por dispensa de licitação; a Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED), os Relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); e páginas eletrônicas de casas especializadas em produtos médicos e hospitalares e em produtos para complementação e suplementação alimentar.

O custo total foi representado pela soma dos valores encontrados para cada processo. Apurou-se também o custo médio de cada processo judicial para o período analisado, dividindo-se o custo total pelo número de processos judiciais analisados. Por último, buscou-se conhecer o custo médio mensal de cada processo judicial, pela relação entre o custo médio de cada processo e o período de seis meses representados no estudo.

A primeira fonte de consulta para o levantamento do custo dos processos judiciais envolvendo os exames foi o SIGTAP. Foram encontrados pedidos de exames laboratoriais, anatomopatológicos, por métodos especiais e por imagem. A fim de

padronização, a discriminação dos exames nos pedidos judiciais foi convertida para a nomenclatura adotada pela Tabela de Procedimentos do SUS. Não encontrado o procedimento no SIGTAP, buscou-se na página da PJJ a existência de processo licitatório ou contratação direta por dispensa de licitação. A tabela de valores de uma cooperativa de planos de saúde consistiu na última alternativa para o levantamento do custo dos exames. Porém, sua estimativa pode ser considerada vulnerável, por se tratar de valores de operadora de outro município, não correspondendo, necessariamente aos valores aplicados pelas operadoras em Juiz de Fora. Ainda assim, devido ao pequeno número de exames que necessitaram ser consultados, sua tabela de valores foi utilizada quando necessário.

Para o levantamento dos custos das internações, o valor médio das internações hospitalares SUS no município de Juiz de Fora foi a primeira fonte de consulta utilizada.

A opção pelo valor médio da produção hospitalar, e não a tabela de procedimentos, pareceu estar mais próxima da estimativa do custo por representar de fato o valor total da internação, somados os procedimentos secundários e os incentivos pagos a hospitais habilitados para uma determinada especialidade. Tabulou-se no Tabnet/Datasus produção hospitalar para o período de setembro de 2014 a março de 2015. Devido a diversidade de procedimentos encontrados, optou-se pela busca por subgrupo ou forma de organização da tabela de procedimentos, respeitada a classificação do procedimento pela sua complexidade. Para os procedimentos hospitalares não cobertos pelo SUS, observou-se a contratação direta do serviço por dispensa de licitação.

O levantamento dos custos dos medicamentos teve como fonte de consulta primária os editais de processos licitatórios para aquisição por parte da SS-JF. Realizados na modalidade pregão, os editais estavam disponíveis na plataforma eletrônica da PJJ. Os medicamentos possuem a peculiaridade da utilização por dias ou meses, uma ou mais vezes ou ao dia, em diferentes concentrações e formas, cujo tempo de tratamento poderia exceder o corte temporal do estudo. Dessa forma, para cada processo judicial se calculou a quantidade de caixas ou unidades de cada medicamento de acordo com o receituário anexado no processo judicial. Partindo-se da data entrada do processo judicial, o tempo de tratamento indicado na ação que ultrapassava o período do estudo foi desconsiderado, não ultrapassando a data final do último processo judicial do estudo. Quando não encontrado em nenhum dos editais

licitatórios, pesquisou-se o valor do medicamento na listagem da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), calculada sob as alíquotas do Estado de Minas Gerais e atualizada em 20 de fevereiro de 2015. A CMED é um órgão do Ministério da Saúde responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e o ajuste de preços. Considerou-se o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é o teto de preço para compra dos medicamentos pelos órgãos governamentais, inclusive por força de decisão judicial. Caso específico se observou para o medicamento ranibizumabe. Para o período analisado, encontrou-se nos atos do governo municipal a publicação de extrato de contrato entre o município de Juiz de Fora e um prestador privado para a realização do procedimento conhecido como injeção intra-vítreo e aplicação da ranibizumabe. A ranibizumabe deve ser aplicado em hospitais, clínicas oftalmológicas especializadas ou salas de cirurgias ambulatoriais sendo restrita a profissionais habilitados. Interessante observar que, embora o procedimento seja coberto pelo SUS, a ranibizumabe não integra nenhuma de suas listagens. Dessa forma, o contrato previa a prestação do serviço de aplicação da ranibizumabe com fornecimento do medicamento pela clínica contratada, num valor por sessão ou aplicação. Para cada paciente foram consideradas três aplicações.

A pesquisa sobre os valores dos insumos de enfermagem teve como fonte de consulta os editais de processos licitatórios para aquisição por parte da SS-JF, disponíveis na página eletrônica da PJF. Assim como os medicamentos, as prescrições dos insumos de enfermagem, em alguns processos, poderiam exceder o corte temporal do estudo. Dessa forma, para cada processo judicial se calculou a quantidade de insumos na prescrição anexada ao processo judicial. Partindo-se sempre da data entrada do processo judicial, o tempo de tratamento indicado na ação que ultrapassava o período do estudo foi desconsiderado, não ultrapassando a data final do último processo judicial do estudo.

Os complementos/suplementos alimentares tiveram seu custo estimado a partir de processos licitatórios para aquisição por parte da SS-JF, disponíveis na página eletrônica da PJF. Assim como os medicamentos e insumos, as prescrições dos complementos/suplementos alimentares, em alguns processos também poderia exceder o corte temporal do estudo. Dessa forma, para cada processo judicial se calculou a quantidade de insumos na prescrição anexada ao processo judicial. Partindo-se sempre da data entrada do processo judicial, o tempo de tratamento indicado na ação que ultrapassava o período do estudo foi desconsiderado, não

ultrapassando a data final do último processo judicial do estudo. Quando não encontrados em nenhum dos editais licitatórios, pesquisou-se pelo produto (marca comercial) em páginas eletrônicas de casas especializadas.

Para cada procedimento categorizado como “Outros Pedidos”, fez-se uma busca diferente. Serviram como fonte de consulta dos valores a Tabela de Procedimentos do SUS, atos de contratação direta por dispensa de licitação, páginas eletrônicas de casas especializadas, e relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que fazem referência ao custo da tecnologia analisada. A Conitec tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

5 RESULTADOS

A análise dos dados levantados nesta pesquisa permitiu apresentar os resultados distribuídos em dois grandes blocos: perfil e custo, que se apresentam com suas variáveis a seguir.

5.1 PERFIL

Foram encontrados no estudo o perfil do cidadão, da representação jurídica e da demanda.

5.1.1 Cidadão

Observou-se uma distribuição equânime, quanto ao sexo dos demandantes das ações judiciais. Em apenas uma pasta (0,17%) não foi encontrada informação sobre o sexo do cidadão. A distribuição do perfil do cidadão quanto ao sexo está representada na Tabela 1.

Tabela 1– Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo o sexo, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

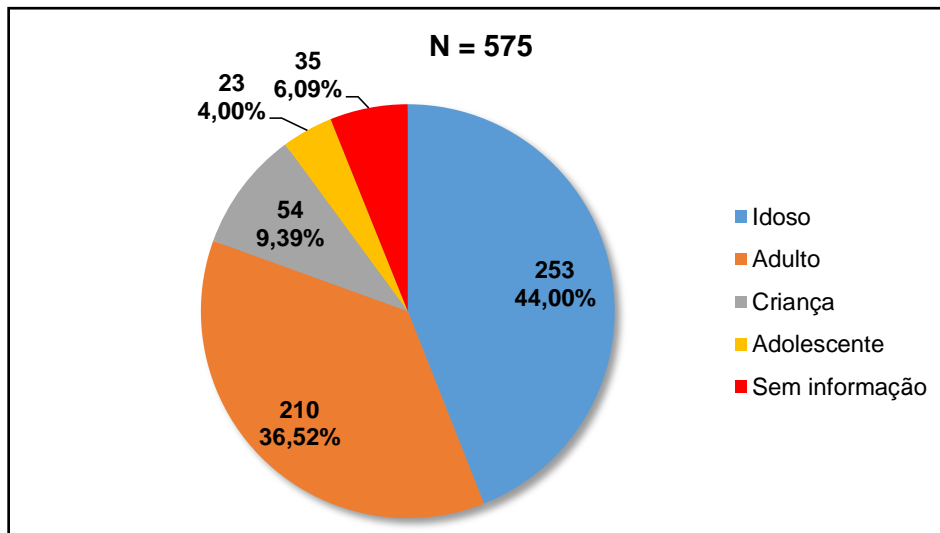
Variáveis	N	%
Feminino	286	49,74
Masculino	288	50,09
Sem informação	1	0,17
Total	575	100,00

Fonte: O autor (2016)

Quanto ao *grupo etário*, os demandantes das ações judiciais foram distribuídos em cinco categorias: idoso, adulto, criança, adolescente e sem informação.

A categoria *idoso* foi a de maior representatividade conforme se mostra no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial, segundo o grupo etário, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG



Fonte: O autor (2016)

Em relação ao *município de residência*, observou-se a prevalência de cidadãos residentes em Juiz de Fora (90,09%) nas ações judiciais. Em apenas 4 (0,70%). Não foram encontradas informações sobre o município de residência do cidadão (Tabela 2).

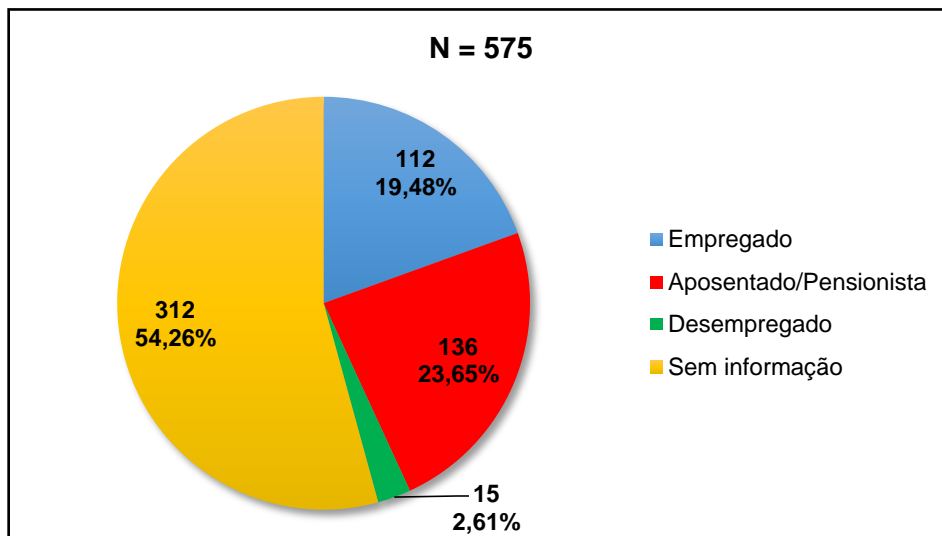
Tabela 2 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial, segundo o município de residência, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Município	N	%
Juiz de Fora	518	90,09
Outros Municípios	53	9,21
Sem informação	4	0,70
Total	575	100,00

Fonte: O autor (2016)

Na maioria dos processos analisados (54,26%) não foram encontradas informações a respeito do trabalho, e 23,65% declararam-se aposentados ou pensionistas (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo o trabalho, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

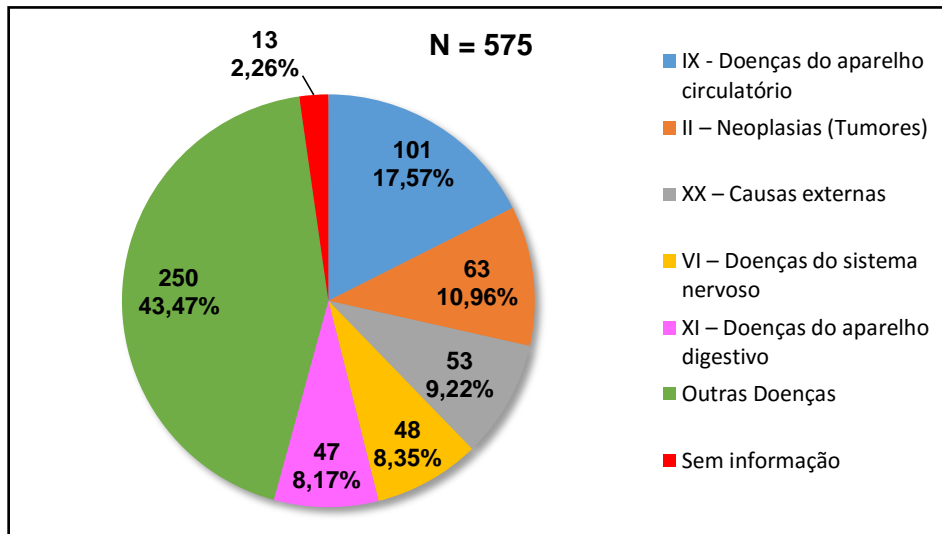


Fonte: O autor (2016)

Em relação à variável *renda*, nas 575 pastas analisadas, 335 (58,26%) demandantes se declararam hipossuficientes de recurso perante à Justiça, enquanto que nos demais 240 (41,74%) processos restantes, não se encontrou informação a respeito.

Na análise da variável *doenças*, nos 575 processos judiciais, a subvariável *doenças do aparelho circulatório* foi a mais prevalente (17,57%), seguida das subvariáveis *neoplasias* (10,96 %) e *causas externas* (9,22%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição do cidadão demandante da ação judicial segundo a doença, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

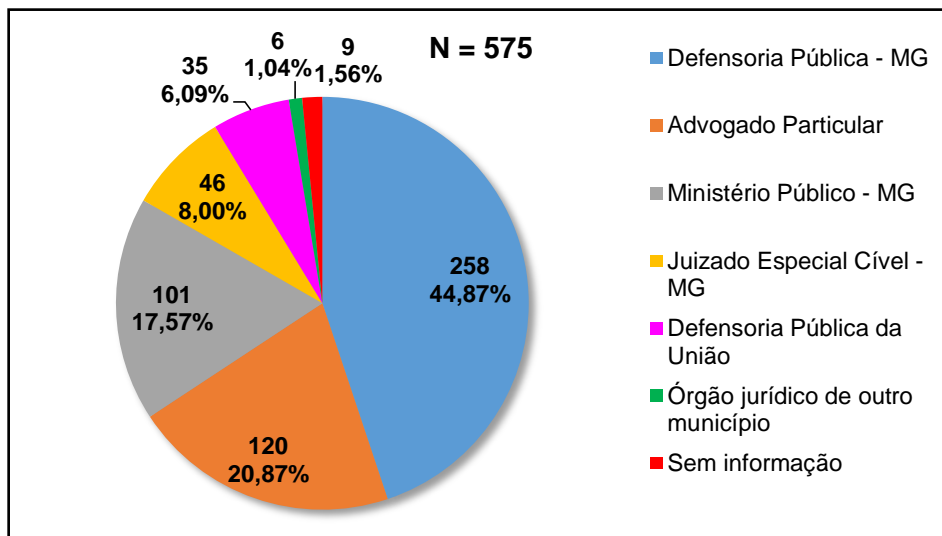


Fonte: O autor (2016)

5.1.2 Representação jurídica

No perfil levantado acerca da representação jurídica, a DPMG foi a representação jurídica que mais contribuiu para a judicialização no município de Juiz de Fora. Dos 575 processos judiciais, esteve presente em 44,87%, seguida dos Advogados Particulares (20,87%) e do MPMG (17,57%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição das ações judiciais segundo a representação jurídica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

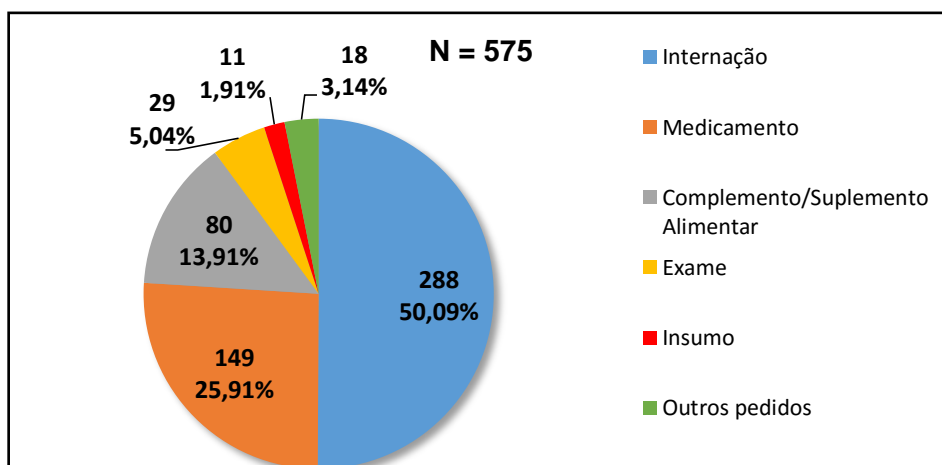


Fonte: O autor (2016)

5.1.3 Demanda

As internações hospitalares responderam por metade dos pedidos judiciais (50,09%). Os medicamentos contribuíram com 25,91% e os complementos/suplementos alimentares, com 13,91% (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição das ações judiciais segundo o pedido, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG



Fonte: O autor (2016)

5.1.3.1 Demanda por internação

Foram encontrados 288 pedidos de *internação*. Dentre estes, a Cirurgia Vasculuar foi a especialidade médica mais solicitada (19,79%), seguida pela Traumatologia (15,97%) e Neurocirurgia (11,81%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das ações judiciais de internação segundo a especialidade médica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Especialidade Médica	Frequência	%
Cirurgia vascular	57	19,79
Traumatologia-ortopedia	46	15,97
Neurocirurgia	34	11,81
Cirurgia geral	26	9,03
Psiquiatria	20	6,94
Outras clínicas	105	36,46
Total	288	100,00

Fonte: O autor (2016)

A competência administrativa pela assistência se aplicou ao município de Juiz de Fora em 282 (97,92%) dos 288 pedidos de internação. Apenas 6 pedidos (2,08%) não se aplicou a competência administrativa do município. A competência atendeu às regras e normas assumidas pela SS-JF como gestora municipal do SUS.

5.1.3.2 Demanda por medicamentos

As ações com pedidos de *medicamentos* totalizaram 211. A ranibizumabe foi o medicamento mais solicitado judicialmente (9,00%). A ranibizumabe é indicada para as doenças dos olhos pela degeneração macular relacionada à idade. Em seguida, apareceram as insulinas de longa duração e de ação ultrarrápida (6,64%), indicadas para a doença diabetes mellitus. A rivaroxabana, um fármaco com ações anticoagulantes, foi representado em 5,21%. Foi considerado o número de vezes em

que um medicamento foi pedido judicialmente (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das ações judiciais segundo o medicamento, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Medicamento	Frequência	%
Ranibizumabe	19	9,00
Insulina longa duração/ação ultrarrápida	14	6,64
Rivaroxabana	11	5,21
Outros medicamentos	167	79,15
Total	211	100,00

Fonte: O autor (2016)

A competência administrativa não se aplicou ao município de Juiz de Fora em 106 (89,83%) dos 118 diferentes medicamentos pedidos judicialmente, verificando sua competência em apenas 12 casos (10,17%). A competência atendeu às regras e normas assumidas pela SS-JF como gestora municipal do SUS.

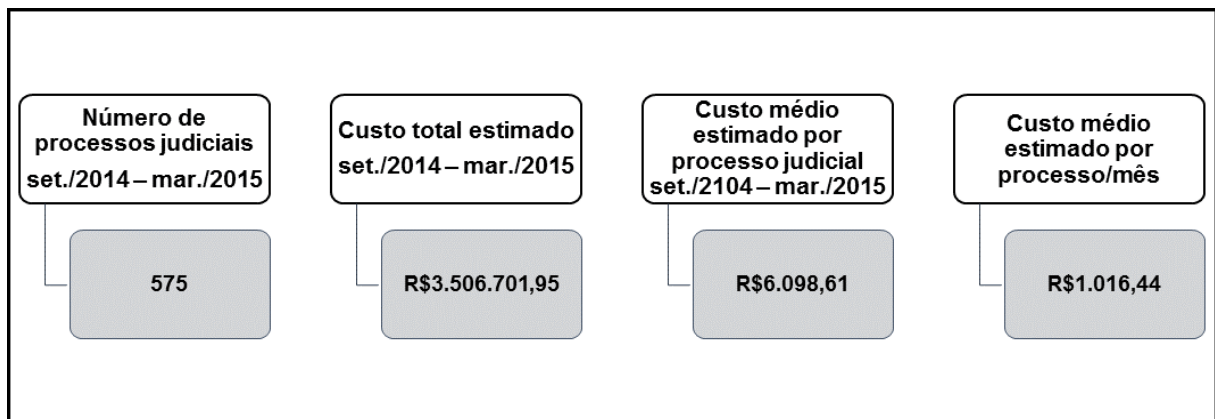
5.1.3.3 Demanda por complemento/suplemento alimentar

Todos os 80 pedidos judiciais envolvendo *complemento/suplemento alimentar* foram considerados como fora da competência administrativa da SS-JF enquanto gestora municipal do SUS, visto que não integram as políticas assistenciais do SUS.

5.2 CUSTO

O custo total estimado dos 575 processos analisados para o período de seis meses foi de R\$ 3.506.701,95. O custo médio de cada processo judicial no mesmo período foi estimado em R\$ 6.098,61, ou um custo mensal de R\$ 1.016,44 por processo (Figura 4).

Figura 4 – Custos médio e total dos processos judiciais, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG



Fonte: O autor (2016)

Do custo total estimado, os medicamentos foram responsáveis pelo maior custo (58,62%), seguido pelas internações (25,46%) e complementos/suplementos alimentares (9,61%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Custo das ações judiciais segundo o pedido, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Pedido	Custo (R\$)	%
Medicamento	2.055.600,64	58,62
Internação	892.750,01	25,46
Complemento/suplemento alimentar	336.880,01	9,61
Exame	11.572,76	0,33
Insumos de enfermagem	11.469,93	0,33
Outros pedidos	198.428,60	5,65
Total	3.506.701,95	100,00

Fonte: O autor (2016)

5.2.1 Custo estimado para internações

Dentre o custo total estimado para internações, a neurocirurgia foi a especialidade médica de maior custo nas ações judiciais (25,02%), seguida da

traumato-ortopedia (14,83%) e da cirurgia vascular (14,62%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição do custo de internação segundo a especialidade médica, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Clínica médica/ especialidade	Valor (R\$)	%
Neurocirurgia	223.365,83	25,02
Traumato-ortopedia	132.426,91	14,83
Cirurgia vascular	130.518,03	14,62
Cirurgia cardiovascular	84.881,55	9,51
Cardiologia intervencionista	59.583,50	6,67
Outros	261.974,19	29,35
Total	892.750,01	100,00

Fonte: O autor (2016)

O custo dos processos judiciais para internação hospitalar de competência administrativa do município de Juiz de Fora representou R\$ 805.798,60 (90,26%) do total estimado para a categoria. Os demais R\$86.951,41 (9,74%) não eram de competência do município. A competência atendeu às regras e normas assumidas pela SS-JF como gestora municipal do SUS.

5.2.2 Custo estimado para medicamentos

Dentre o custo total estimado para medicamentos, a rituximabe, foi a de maior custo nas ações judiciais (25,41%), seguida pela trastuzumabe (10,65%), e pela ipilimumabe (8,80%). Todos estes medicamentos são antineoplásicos. Levetiracetam (7,75%), antiepilético sem registro na Anvisa, e ranibizumabe (7,63%) completam a lista dos medicamentos de maior representação de custos nos processos judiciais (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos medicamentos de acordo com seu custo estimado, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Medicamento	Custo	%
Rituximabe	522.263,68	25,41
Trastuzumabe	218.892,00	10,65
Ipilimumabe	180.982,60	8,80
Levetiracetam	159.232,50	7,75
Ranibizumabe	156.750,00	7,63
Outros medicamentos	817.479,86	39,76
Total	2.055.600,64	100,00

Fonte: O autor (2016)

O custo dos processos judiciais para medicamentos fora da competência administrativa do município de Juiz de Fora representou R\$ 2.049.448,83 (99,70%) do total estimado para a categoria, sendo apenas R\$ 6.151,81 (0,30%) de competência municipal. A competência atendeu às regras e normas assumidas pela SS-JF como gestora municipal do SUS.

5.2.3 Custo estimado para complementos e suplementos

Todo o custo estimado para os processos judiciais de complementos/suplementos é de R\$ 336.880,01 (100,00%). Não é da competência administrativa do município de Juiz de Fora, já que não fazem parte da Política Assistencial do SUS.

5.2.4 Custo estimado: análise conjunta

Analisando conjuntamente os processos judiciais de internação, medicamentos e complementos/suplementos alimentares o custo estimado foi de R\$ 3.285.230,66, sendo que o custo da judicialização de ações e serviços de saúde que não cabiam à SS-JF como gestora municipal do SUS foi de R\$ 2.473.280,25, o que representa 75,28% do todo o custo estimado para as três categorias mais

representativas no estudo (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise conjunta do custo estimado dos processos judiciais de internação, medicamentos e complementos/suplementos alimentares, setembro/2014 – março/2015, Juiz de Fora, MG

Pedido	Custo total (\$)	Competência administrativa da Secretaria de Saúde			
		sim		não	
		\$	%	\$	%
Internação	892.750,01	805.798,60	90,26	86.951,41	9,74
Medicamento	2.055.600,64	6.151,81	0,30	2.049.448,83	99,70
Complemento/ Suplemento	336.880,01	0,00	0,00	336.880,01	100,00
Total	3.285.230,66	811.950,41	24,72	2.473.280,25	75,28

Fonte: O autor (2016)

6 DISCUSSÃO

A judicialização expõe deficiências do SUS quanto a oferta de serviços, mas também suas fragilidades ao não considerar as diretrizes propostas para um sistema descentralizado, em que cada direção, municipal, estadual e federal, assume atribuições comuns, mas outras, próprias. O estudo pôde apontar que os processos judiciais contra o município de Juiz de Fora não consideraram as limitações normativas previstas para a SS-JF, gestora municipal do SUS, principalmente para medicamentos e complementos/suplementos alimentares. Ventura e outros (2010) já havia retratado que a resposta judicial tem se limitado a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação requerida pelos reivindicantes. Portanto, não se questiona aqui o direito à saúde pleiteado pelo cidadão, mas a qual esfera administrativa do SUS caberia a responsabilização pela oferta e pelo custo do serviço. O reconhecimento prévio de que serão demandados judicialmente e determinados a cumprir a demanda, como apontado pelo Instituto de Direito Sanitário Aplicado (2014), pode ser aplicado também ao município de Juiz de Fora, que incluiu em sua rubrica orçamentária a despesa com os mandados judiciais. Tampouco houve preocupação com o orçamento público, a que T. C. Teixeira e Pacheco (2011) chamaram de peça político-jurídica que indica a capacidade financeira estatal de cada ação ou programa. Nesse contexto, também importante ressaltar que o direito à saúde deve ser garantido não somente por políticas sociais, mas também, econômicas (BRASIL, 2015).

Houve dificuldade de se encontrar na literatura trabalhos sobre custo da judicialização que se assemelhasse aos objetivos desse estudo. As fontes consultadas, em sua maioria, discutiam a judicialização voltada a medicamentos e o papel do Judiciário como interventor das políticas públicas de saúde. Dessa forma, não foi possível comparar o custo estimado de cada processo com os de outros trabalhos.

O cidadão que busca no judiciário a garantia de sua assistência no município de Juiz de Fora é, em geral, idoso e residente no próprio município, sem distinção entre os sexos. 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 o predomínio do sexo feminino como autor da ação (60,2%). 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, e que também apontou o predomínio do sexo feminino (53,9%) numa amostra de 6.825 processos judiciais entre 1999 e 2009. O predomínio do sexo feminino (65%) também foi apontado por Oliveira (2014) a partir de 77 processos judiciais no município de Leopoldina, Minas Gerais, no ano de 2012. Porém, 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%).

Os idosos foram o grupo etário mais representado neste estudo, respondendo por 44,00% de toda a demanda judicial no município de Juiz de Fora. Considerando idosos aqueles com 60 anos ou mais, Machado e outros (2011) encontraram uma representatividade de 35,4%; Campos Neto e outros (2012), de 25,3%; e Oliveira (2014), de 29,8%.

A declaração do cidadão autor da ação de insuficiência de recurso perante a justiça nesse estudo foi de 58,26%. Essa variável se mostrou vulnerável, visto que o objetivo inicial era o conhecimento da renda média do cidadão. Por ausência de informações a respeito e pela frequente declaração do cidadão nos processos judiciais, que apenas retrata o pedido da gratuidade da assistência jurídica, os dados foram coletados sem atingir seu objetivo de se traçar um perfil socioeconômico do cidadão. Essa declaração de hipossuficiência de recurso foi também encontrada por Oliveira (2014) em 99% de sua amostra.

Outra variável prejudicada quanto a seu objetivo foi a relacionada ao trabalho exercido pelo cidadão, devido ao grande número de falta de informação (54,26%). Porém, 23,65% se declararam aposentados ou pensionistas. Machado et al. (2011) encontraram 37,4%.

A representação jurídica ao cidadão mais frequente nos processos judiciais foi feita pela DPMG (44,87%). Em seguida, apareceram os Advogados Particulares (20,87%) e o MPMG (17,57%). Oliveira (2014) também encontrou predomínio da DPMG na demanda judicial, ainda superior, de 72% de sua amostra. No estudo de Munck (2014), a representação jurídica do cidadão foi feita através do Juizado Especial (35,7%), sendo a DPMG a segunda mais representativa (30,8%). Machado e outros (2011) e Campos Neto e outros (2012) encontraram o predomínio de Advogados Particulares em seus estudos, respectivamente 60,3% e 62,1%, e, em

ambos, a DPMG foi a segunda representação jurídica mais demandante (23,1% e 23,6%). Como observado, a DPMG, quando não figurou como o órgão mais representativo, foi a segunda representação mais presente nos diferentes estudos comparados. Presume-se que seu caráter de exclusividade de apurar o estado de necessidade do cidadão que busca o serviço de saúde, considerando, a fim de atendimento pelo órgão, aqueles cuja condição econômica não permite arcar com as custas do processo ou contratar advogado, a DPMG seja a representação jurídica mais sensível ao cidadão. E essa condição pode ter relação direta com o resultado desse estudo sobre a declaração de hipossuficiência de recurso. Dado também importante registrado foi a demanda advinda de outro município para a garantia da assistência de seu munícipe na rede credenciada SUS Juiz de Fora. O ajuizamento das ações se deu pela Procuradoria Geral do Município de Matias Barbosa, município limítrofe a Juiz de Fora, pertencente a mesma região de saúde, que, em suas petições iniciais, alegava a regionalização do SUS e as pactuações intermunicipais para a garantia de transferências de pacientes internados em sua unidade de pronto atendimento.

A doença mais atestada nos processos judiciais foram as doenças do aparelho circulatório (17,57%) e as neoplasias (10,96%). Por se tratarem de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o resultado se mostrou de acordo com a transição epidemiológica por que passa a sociedade, em que as DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Munck (2014), num estudo sobre a perspectiva das demandas judiciais de medicamentos no município de Juiz de Fora, nos anos de 2012 e 2013, com 666 amostras, observou que as neoplasias eram as doenças mais prevalentes, respondendo a 29,46% da demanda em medicamento.

As internações hospitalares representaram a metade dos pedidos judiciais contra o município de Juiz de Fora (50,09%) e a cirurgia vascular, a especialidade médica mais solicitada (19,79%), seguida pela traumatologia (15,97%) e pela neurocirurgia (11,81%). Do total de pedidos de internação (n = 288), 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 três hospitais habilitados e contratados. A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora era habilitada nas três especialidades. O Hospital Dr. João Felício, em cirurgia vascular e traumatologia. E o Hospital Therezinha de Jesus, em cirurgia vascular, além de responder pela traumatologia de média complexidade para pacientes regulados

pela Central Hospitalar. O município contava também com seu Hospital de Pronto Socorro, porta de entrada para os casos de urgência em traumatologia e neurocirurgia, de resolubilidade na média complexidade. Além do mais, todos os hospitais aqui citados, além de outros, integravam a Rede de Urgência e Emergência implantada em 2014, com prioridade das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Não se apurou o motivo alegado para a desassistência, mas considerando a rede especializada credenciada, fazem-se importantes as considerações de Schulze (2014) sobre a judicialização em situações em que há a regulamentação da oferta do serviço, mas não há sua disponibilidade. Para o autor, nesses casos, está caracterizado um problema de gestão. Não estavam cobertos a realização de angioplastia com implantação de *stent* farmacológico, à época sem cobertura pelo SUS, e o procedimento para implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso, sem prestador habilitado, devendo ser realizado em Belo Horizonte, Uberaba ou Uberlândia, referência nos procedimentos para todo o Estado de Minas Gerais. Schulze (2014) acredita que esses casos, sim, têm no Judiciário a indispensável solução do conflito de interesses, embora não discuta a garantia do direito sobre a ótica da competência administrativa de cada direção do SUS.

Com 149 processos judiciais, os medicamentos representaram a segunda maior demanda judicial (25,91%). Como cada processo continha pedidos de um ou mais medicamentos, foram encontradas 211 solicitações para 118 diferentes medicamentos. Todos os dados foram coletados seguindo o princípio ativo. A ranibizumabe foi o medicamento mais solicitado, sendo prescrita 19 vezes entre as 211 solicitações, uma representação de 9,00%. Munck (2014) também encontrou em seu estudo no município de Juiz de Fora a ranibizumabe como o medicamento mais solicitado judicialmente (9,5%), diferente de Felicíssimo (2012), em cujo estudo no mesmo município a ranibizumabe não configurou nem entre os dez medicamentos mais solicitados. O metilfenidato foi o medicamento mais encontrado pelo autor (9,52%). Munck (2014) atribuiu essa mudança do perfil do medicamento solicitado, a partir do estudo de Felicíssimo (2012), ao aumento da capacidade instalada no município a partir de 2011 para a assistência oftalmológica, em consultas, exames diagnóstico e cirurgias, sem, contudo, prever a dispensação do medicamento. A ranibizumabe, de nome comercial lucentis®, é um medicamento aprovado pela Anvisa, mas não incorporado ao SUS. É indicada para o tratamento da degeneração macular

neovascular relacionada à idade e edema macular diabético, um distúrbio degenerativo da área central da retina. Dentre os 118 diferentes medicamentos solicitados, 89,83% não estavam padronizados para dispensação pela SS-JF, considerando os medicamentos do componente especializado (de competência do Estado de Minas Gerais), os medicamentos em desacordo com a indicação terapêutica regulamentada nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, ou até mesmo medicamentos não aprovados pela Anvisa. Dessa forma, apenas 10,17% dos medicamentos solicitados eram de responsabilidade de a SS-JF dispensá-los ou fornecê-los, correspondendo aos medicamentos do componente básico. No estudo de Munck (2014), apenas 9,8% dos medicamentos solicitados pertenciam ao CBAF. Analisando os resultados obtidos por Oliveira (2014), possível afirmar que apenas 11,11% dos medicamentos solicitados eram considerados básicos. Foi encontrado também no estudo um único processo judicial com prescrição de medicamento sem registro na Anvisa. Tratou-se do levetiracetam, de nome comercial keppra®, indicado para o tratamento da epilepsia. Felicíssimo (2012) e Munck (2014) já haviam encontrado o levetiracetam em seus estudos da judicialização de medicamentos em Juiz de Fora, também como o único medicamento não comercializado no Brasil. Vale ressaltar que o CNJ recomenda aos juizados, desde 2010, que se evitem processos nos quais se requer medicamentos não registrados pela Anvisa. Machado e outros (2011) encontraram em seu trabalho 85 diferentes medicamentos não registrados na Anvisa solicitados judicialmente contra o Estado de Minas Gerais, num período anterior à recomendação do CNJ. Porém, pelas fontes consultadas, não foi possível realizar quaisquer análises sobre a relação entre a recomendação do CNJ e os medicamentos sem registro. Fato é que, em Juiz de Fora, o medicamento levetiracetam vem sendo prescrito e ajuizado desde 2010, como verificado nos estudos de Felicíssimo (2012) e Munck (2014).

Os complementos ou suplementos alimentares responderam por 80 processos judiciais (13,91%). Felicíssimo (2012) encontrou em seu estudo 28,57%, a que denominou Gênero Alimentício. Oliveira (2014), que chamou essa categoria de Complemento Nutricional, encontrou a representatividade de 4,4% em sua amostra. Independente da denominação, a dispensação de compostos vitamínicos, proteicos ou calóricos e leites especiais não encontram cobertura na política do SUS. Não há normatização para uma relação de compostos alimentares para dispensação ou fornecimento pelos gestores do SUS, como acontece com a Política de Medicamentos.

Ainda assim, a fim de se reduzir a demanda judicial relacionada aos complementos e suplementos, o município de Juiz de Fora implantou em 2015 o Programa Municipal de Nutrição Enteral e Oral (PNEO), por meio do qual os usuários do SUS residentes no município passariam a contar com os itens nutricionais necessários ao tratamento da doença atestada. Porém, para participar do programa, o cidadão não poderia exceder uma renda mensal pré-estabelecida, cuja análise socioeconômica seria feita por um profissional da assistência social. (JF TERÁ ..., 2015).

Essa condição excludente merece atenção, já que se caracteriza um modelo de proteção social de assistência social ou residual, em que o atendimento é determinado pelo poder aquisitivo dos indivíduos, como descrito por Gadelha (2010), e não de seguridade social, como se caracteriza a política do SUS. Cabe, então, um olhar crítico sobre dessa decisão da SS-JF perante ao princípio constitucional da universalidade, já que, se os itens passam a ser fornecidos através de um programa do SUS municipal, o direito deveria respeitar sua condição clínica e a indicação médico-nutricional, e não sua condição econômica e financeira.

Contudo, deixa-se de ofertar os complementos e suplementos por via judicial, mas os incorpora em sua política assistencial, assumindo, assim, ações não padronizadas pela política do SUS, possibilitando, como observado por Ventura e outros (2010), sua incorporação por *marketing* ou *lobby* exercidos pela indústria farmacêutica e estimulada por demandas judiciais.

O custo estimado para os processos analisados (N = 575) foi de R\$ 3.506.701,96, correspondente ao custo médio mensal de R\$ 1.016,44 por processo judicial. Numa análise conjunta das três categorias mais demandadas, _ internação, medicamento e complemento/suplemento alimentar _ o custo foi de R\$ 3.285.230,66, dos quais 75,28% representam ações e serviços de saúde sem previsão normativa de oferta pela SS-JF. Assim, a judicialização impõe fortemente ao ente municipal um gasto para ações e serviços não previstos à SS-JF como gestora municipal do SUS, sejam elas de competência de outro ente federado ou não cobertas pelo SUS. Importante lembrar que, de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), cabe ao Ministério da Saúde dispor sobre a Renases, Rename e os PCDT.

Se a internação respondeu pelo maior número de processos judiciais, os medicamentos apresentaram o maior custo, com um valor estimado de R\$ 2.055.600,64, dos quais R\$ 2.049.448,83 (99,70%) se referem ao custo judicial

atribuído à SS-JF com medicamentos sob a responsabilidade de outro ente federado, não cobertos pelo SUS, em desacordo com PCDT ou não aprovado pela Anvisa. Nesse caso, pode-se afirmar que as demandas judiciais de medicamentos impactam significativamente no custo da judicialização no município de Juiz de Fora.

Quanto aos medicamentos que apresentou o maior custo, destacou-se a rituximabe, com um custo estimado de R\$ 522.263,68, que representou 25,41% de todo o valor das demandas em medicamento. A rituximabe, nome comercial mabthera®, tanto pode ser classificada como agente biológico como antineoplásico. Como agente biológico está indicada para o tratamento de artrites reumatóides e compõe o CEAF. Como antineoplásico, a rituximabe é indicada para tratamento do linfoma não-Hodgkin, uma doença associada aos linfonodos (gânglios), que são órgãos relacionados ao combate às infecções. Os linfomas não-Hodgkin incluem mais de 20 tipos diferentes, e o uso da rituximabe esteve restrito ao tipo mais agressivo da doença, o linfoma não-Hodgkin com células grandes B. Em dezembro de 2013, a Conitec ampliou seu uso a pacientes com linfoma não Hodgkin folicular, sob financiamento do governo federal, através do Ministério da Saúde. A trastuzumabe, nome comercial herceptin®, indicada para o tratamento do câncer de mama e a ipilimumabe, nome comercial yervoy®, indicada para o tratamento do melanoma, representaram, respectivamente, 10,65% e 8,80% do custo. A levetiracetam, medicamento não aprovado pela Anvisa, respondeu por 7,75%. E a ranibizumabe, que foi o medicamento mais solicitado judicialmente, apresentou um custo de R\$ 156.750,00, respondendo por 7,63% do custo estimado para os processos envolvendo medicamentos.

Nenhum dos medicamentos listados entre os cinco que apresentaram maior custo encontraram na SS-JF a competência administrativa para seu fornecimento, por integrarem o componente especializado da assistência farmacêutica ou por estarem em desacordo com o PCDT, ou por não estarem cobertos pelo SUS ou mesmo não aprovados pela Anvisa. Presume-se, também, que os órgãos de representação jurídica do cidadão e os magistrados não têm considerado os pressupostos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a) no se refere ao acesso à assistência farmacêutica, principalmente quanto a prescrição do medicamento em conformidade com a Rename; com a relação específica complementar estadual ou municipal de medicamentos; e com o PCDT.

As internações tiveram custo estimado de R\$ 892,750,01, dos quais

R\$ 805.798,60, ou 90,26%, se referiram a procedimentos hospitalares de responsabilidade direta da SS-JF como gestora do SUS, devido sua rede credenciada e contratada e também às pactuações intermunicipais. Nesse caso, pode-se afirmar que as demandas judiciais de internação não impactaram de forma significativa no custo da judicialização no município de Juiz de Fora. Quanto às especializadas médicas mais demandadas para internação, a neurocirurgia apresentou maior custo: R\$ 223.365,83, ou 25,02% do total do custo para internação. A traumatologia ortopedica foi a segunda especialidade mais solicitada e também a segunda de maior custo: R\$ 132.462,91, ou 14,83%. A cirurgia vascular, a especialidade mais demandada judicialmente, respondeu por R\$ 130.518,03, ou 14,62%.

O custo estimado para os pedidos judiciais envolvendo complementos e suplementos alimentares foi de R\$ 336.880,01. Como não integram a política do SUS, seu custo estimado tem relação direta com sua judicialização.

De modo geral, se as decisões judiciais são uma consequência da omissão na implementação dos direitos sociais fundamentais, como observado por Souza (2012), e se a judicialização expressa reivindicações e modos de atuação legítimos para a garantia e promoção desses direitos, de acordo com Ventura et al. (2010), este estudo pode apontar que as petições realizadas pelos diferentes órgãos de representação jurídica do cidadão e as decisões judiciais no município de Juiz de Fora não têm considerado a organização do SUS e a alocação de recursos.

A representatividade do custo da judicialização relacionada a serviços de saúde que não são de competência da esfera municipal do SUS foi de três quartos (75,28%) do custo total estimado para toda a demanda.

7 CONCLUSÃO

O custo direto dos processos judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora entre setembro de 2014 e março de 2015 foi estimado em R\$ 3.506.701,95. O custo médio estimado para cada processo no período foi de R\$ 6.098,61, ou um custo mensal de R\$ 1.016,44 por processo. Os medicamentos foram os pedidos que apresentaram o maior custo, sendo responsável por 58,62% do todo o custo estimado. A rituximabe foi o medicamento de maior custo. As internações hospitalares, embora representassem a maior demanda, respondeu por 25,46% do custo total. A especialidade neurocirurgia foi a especialidade de maior custo.

O cidadão que demanda contra o município de Juiz de Fora é em geral idoso, residente no próprio município, declarante hipossuficiente de recurso perante a justiça e aposentado ou pensionista, sem distinção entre os sexos. É acometido pelas doenças do aparelho circulatório, busca em sua maioria a garantia para internações hospitalares na rede credenciada do município, geralmente na especialidade cirurgia vascular, e é representado juridicamente nos processos judiciais pela DPMG.

Do custo estimado para as internações hospitalares, apenas 9,74% se referem a ações ou serviços de saúde cuja competência administrativa num sistema de saúde descentralizado não caberiam à SS-JF como gestora municipal do SUS; para os medicamentos, o percentual se eleva para uma taxa muito representativa de 99,70%; e para os complementos e suplementos alimentares, é de 100,00%, já que não compõem a política assistencial do SUS. O custo para o cumprimento judicial da oferta de serviços que não são da competência administrativa da SS-JF representa 75,28% do custo total da judicialização no município, considerando as três categorias mais representativas no estudo e acima mencionadas.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 171-186.

ARAÚJO, D. V. Custo e gerenciamento de doenças. In: ZUCCHI, P.; FERRAZ, M. B. **Guia de economia e gestão em saúde**. São Paulo: Manole, 2010. p. 377-386. (Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-Unifesp).

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: 30 jan. 2015

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2013. p. 49-72.

BRASIL. Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950. Estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 13 fev. 1950. p. 2161.

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. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos, cuja íntegra consta no Anexo desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS será implementado sob a supervisão da Secretaria Executiva e da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2000. Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001a. Seção 1, p. 23.

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 Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS sob a supervisão da Secretaria Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos SCTIE, ambas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 2004. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde: Caderno do Estado de Minas Gerais**. c2008a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 13.set. 2015.

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**. c2008b. 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=>>. Acesso em: 21 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Consulta leitos hospitalares, Minas Gerais, Juiz de Fora, 2014**. c2008c. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31&VMun=313670&VComp=201412>. Acesso em: 21 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: estabelecimentos com tipo de atendimento prestado - internação - Brasil**. c2008d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintbr.def>>. Acesso em: 23 dez. 2015. 2015-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: estabelecimentos por tipo de atendimento prestado - internação - |Minas Gerais**. c2008e. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintMG.def>>. Acesso em: 21 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. 2. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009b.

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. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: Conass, 2011b. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 2).

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Competência por unidade geográfica: Brasil – dez. 2014. c2012a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 out. 2015.

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>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013a. Seção 1, p. 60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Série Gestão e Economia da Saúde; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 2013c. (Atualizada em 8 ago. 2013). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/21/renome-anexos-versao-08-08-2013.pdf>>. Acesso em: 14.fev.2015.

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).

BRAVO, M. I. S. Política Pública de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2013. p. 88-110.

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.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. **Por que defender o Sistema Único de Saúde?** Diferença entre direito universal e cobertura universal de saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2014a. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO EM SAÚDE. **Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**: saúde é direito e não negócio! Rio de Janeiro: Cebes, 2014b. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

CISLAGHI, J. F.; SOUZA, T.; TEIXEIRA, S.O. Financiamento do SUS: principais dilemas. In: CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO IPEA, 2., 2011, Brasília. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos Ipea e Associações de Pós-Graduação em Ciências Humanas**. Brasília: IPEA, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores de direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 7 abr. 2010. n. 61, p. 4-6. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/8725390/pg-4-conselho-nacional-de-justica-cnj-de-07-04-2010/pdfView>>. Acesso em: 2 fev 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relação de enunciados aprovados pela plenária da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014 – São Paulo-SP**. 2014. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

DOMINGUEZ, B. Universalidade: o necessário resgate de um sentido perdido. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 127, p. 16-19, abr. 2013.

DOMINGUEZ, B. Regionalização é o caminho. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 145, p. 11-15, out. 2014.

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.

GADELHA, M. I. P. Funcionamento e financiamento do SUS. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 35, abril. 2010. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao035/maria_gadelha.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

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.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty years of health system reform in Brazil**: an assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/15801/786820PUB0EPI10Box0377351B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

HEINEN, J. **O custo do direito à saúde e a necessidade de uma decisão realista: uma opção trágica.** Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009 (Nota técnica).

Disponível em

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_CUSTO_DO_DIREITO_A_SAUDE_E_A_NECESSIDADE_DE_DE_UMA_DECISAO_REALISTA_UMA_OPCAO_TRAGICA.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO. **O custo da lentidão do SUS.**

2014. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_11328_0__o-custo-da-lentidao-do-sus.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

JF TERÁ programa de nutrição enteral. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 25 ago. 2015. Caderno Cidade. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/jf-tera-programa-de-nutricao-enteral/>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

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>. Acesso em: 11 mar. 2015.

JUIZ DE FORA. Lei nº 13.079, de 30 de dezembro de 2014. Estima a Receita e Fixa a Despesa do Município de Juiz de Fora para o Exercício Financeiro de 2015 e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico**, Juiz de Fora, MG, 31 dez. 2014.

Disponível em: <http://www.jflegis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000038179>. Acesso em: 11 jan. 2016.

JUIZ DE FORA. Lei nº 13.289, de 30 de dezembro de 2015. Estima a Receita e Fixa a Despesa do Município de Juiz de Fora para o Exercício Financeiro de 2016 e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico**, Juiz de Fora, MG, 31 dez. 2015.

Disponível em <http://www.jflegis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000039324>. Acesso em: 11 jan. 2016.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **A Cidade:** bem-vindo à página da cidade de Juiz de Fora. c2015a. Disponível em:

<<https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/index.php>>. Acesso em: 13 set. 2015.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Medicamentos essenciais fornecidos pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora.** c2015b. Disponível em:

<<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/graficos/saudelista.jpg>>. Acesso em: 11 mar 2015.

JUIZ DE FORA, Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Medicamentos e farmácia básica. **Programação/Aquisição de Medicamentos pela Secretaria de Saúde de JF**. c2015c. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/farmacia.php>> Acesso em: 11 mar. 2015.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Procuradoria Geral do Município – PGM. **Conheça a PGM**. c2015d. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/pgm/>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

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.

MAGALHÃES, D. Saúde Brasileira: o caos do financiamento. In: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Revista Técnica – 2014**. Brasília: CNM, 2014. p. 105-116.

MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1999. (Série financiamiento del desarrollo). Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5289/S997486_pt.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MAZZA, F. F. **Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob responsabilidade fiscal**: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal. 2013. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MELQUÍADES DUARTE, L. G. A eficácia do direito social à saúde. **Ética e filosofia política**, Juiz de Fora, v. 1, p. 77-105, 2013.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 247-281.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, 19 nov. 2011. Caderno 1, p. 20. Disponível em <<http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/handle/123456789/44480>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

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>. Acesso em: 16 nov. 2015.

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

OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil. In: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S. D. (Eds.). **Brasil em desenvolvimento 2014**: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2014. p. 259-274. (Brasil: o Estado de uma Nação, v. 1).

OLIVEIRA, R. G. **Judicialização do direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG**: um estudo de caso. 2014. 156f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, 2014.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 827-843.

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: 1 nov. 2014.

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.

RASCATI, K. L. **Introdução a farmacoeconomia**. Tradução de Cristina Bazan, Rodrigo Lopes Sardenberg, Christiane de Brito Andrei. Porto Alegre: Artmed, 2010. Título original: Essentials of Pharmacoeconomics.

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. (Material do Curso Gestão da Informação no SUS).

SANTOS, L. A saúde e a nova constituição: peculiaridades, implicações e perspectivas. In: RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-31.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, set. 2004.

SANTOS, V. C. C. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde**: reflexões sobre a experiência brasileira. 2010. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SCHULZE, C. J. O papel das escolas de magistratura no enfrentamento da judicialização da saúde. **Revista CEJ**, Brasília, ano 18, n. 62, p. 7-14, jan./abr. 2014.

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

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2015

TEIXEIRA, T. C.; PACHECO, P. V. A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição. **Âmbito jurídico**, Rio Grande, ano 14, n. 85, fev, 2011. Disponível em <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8957>. Acesso em: 12 nov. 2014.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **Conheça o juizado**. c1997-2015. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/juizados-especiais/#.VpYmVzbSnIU>>. Acesso em: 13 set. 2015.

UENO, P. H. **Judicialização em saúde**: impactos e desafios para a gestão de saúde. 2013. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão de Serviços de Saúde)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. 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.

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.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Procuradoria Geral do Município para realização da pesquisa



MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
PROCURADORIA GERAL
Departamento de Procuradoria Administrativa

DECLARAÇÃO

Eu, **Edgar de Souza Ferreira**, na qualidade de Procurador do Município de Juiz de Fora, ratifico a autorização já deferida por esse Órgão Público via correio eletrônico de 10 de fevereiro do ano corrente, em decorrência do Requerimento protocolado sob o registro nº 9061/2015, para a realização da pesquisa intitulada **“A Judicialização na Agenda do Gestor de Saúde: Um estudo descritivo sobre o custo direto das ações judiciais no âmbito do SUS do município de Juiz de Fora”** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **ROGÉRIO PINHEIRO NUNES**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa, em acordo ao Decreto nº 11.625/2013, que regulamenta o acesso à informação no âmbito municipal.

Juiz de Fora, 2 de setembro de 2015.


MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
PROCURADORIA GERAL
Edgar Souza Ferreira
Chefe Dpto. Procuradoria Administrativa
PROCURADOR MUNICIPAL
OAB/MG 99.147 - MAT. 28232402

**ANEXO B – Autorização da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora
para realização da pesquisa**



Juiz de Fora, 18 de setembro de 2014.

De:

ALFREDO CHAOUBAH

Membro Docente do Mestrado em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina/UFJF

Para:

JOSÉ LAERTE DA SILVA BARBOSA

Gestor Municipal da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora

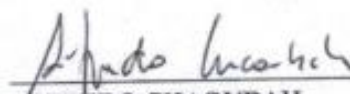
Assunto: Processos Administrativos de autorização para contratação direta de serviços, equipamentos, insumos e medicamentos por demanda de mandado judicial na área da saúde ao município de Juiz de Fora.

Ilmo. Gestor Municipal de Saúde,

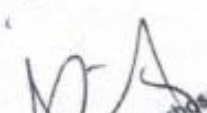
Como Pesquisador e Professor Orientador no Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, venho solicitar vistas e registros dos Processos Administrativos de autorização para contratação direta de serviços, equipamentos, insumos e medicamentos por demanda de mandado judicial na área da saúde ao município de Juiz de Fora a ser realizado pelo mestrando Rogério Pinheiro Nunes com o objetivo de produção científica.

Agradeço a colaboração.

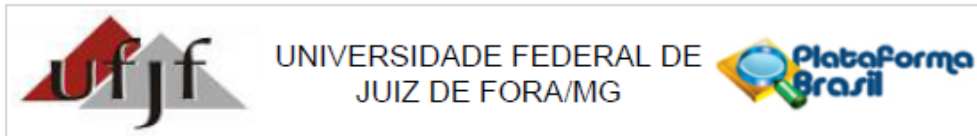
Atenciosamente


ALFREDO CHAOUBAH

1 - ciência
2 - de acordo
Juiz de Fora, 29/09/14


José Laerte da S. Barbosa
Secretário de Saúde
P.F.

ANEXO C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Judicialização na Agenda do Gestor de Saúde: Um estudo descritivo sobre o custo direto das ações judiciais no âmbito do SUS

Pesquisador: ROGERIO PINHEIRO NUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48856815.8.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.276.225

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que as informações serão criteriosa, anônimas e de forma a proteger os participantes da pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

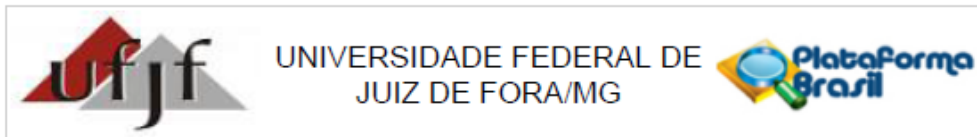
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 38.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.276.225

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada a dispensa do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2015.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_528906.pdf	07/10/2015 21:07:20		Aceito
Outros	atendimento_as_pendencias.pdf	07/10/2015 20:49:34	ROGERIO PINHEIRO NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_do_termo_de_consentimento_livre.pdf	07/10/2015 20:19:02	ROGERIO PINHEIRO NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ratificacao_pgm.pdf	03/09/2015 11:54:48	ROGERIO PINHEIRO NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	qualificacao.doc	22/06/2015 21:49:32		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/06/2015 12:14:15		Aceito
Declaração de Instituição e	autorizacao_sms_pgm.pdf	17/06/2015 16:22:56		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.276.225

Infraestrutura	autorizacao_sms_pgm.pdf	17/06/2015 16:22:56		Aceito
----------------	-------------------------	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 13 de Outubro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br