

Fernanda de Freitas Castro Gomes

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: UMA
AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS JUDICIAIS RELACIONADOS AOS
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO PERÍODO
1999-2009**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Belo Horizonte - MG

2013

Fernanda de Freitas Castro Gomes

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: UMA
AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS JUDICIAIS RELACIONADOS AOS
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO PERÍODO
1999-2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.

Orientadora: Professora Eli Iola Gurgel Andrade

Co-Orientadora: Professora Mariângela Leal Cherchiglia

BELO HORIZONTE

2013

G633j Gomes, Fernanda de Freitas Castro.
A Judicialização da saúde em Minas Gerais [manuscrito]: uma avaliação dos processos judiciais relacionados aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares no período 1999-2009. / Fernanda de Freitas Castro Gomes. - - Belo Horizonte: 2013.
101f.: il.
Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade.
Co-Orientadora: Mariângela Leal Cherchiglia.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Decisões Judiciais. 2. Cobertura de Serviços de Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II. Cherchiglia, Mariângela Leal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 540

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitor

Prof. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Subcoordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Carla Jorge Machado

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Representantes discentes

Maryane Oliveira Campos

Tiago Lopes Coelho




**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Eli Iola Gurgel Andrade, Mariangela Leal Cherchiglia, Fausto Pereira dos Santos, Rosângela Minardi Mitre Cotta, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS JUDICIAIS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO PERÍODO 1999-2009”** apresentada pela aluna **Fernanda de Freitas Castro Gomes** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 01 de fevereiro de 2013.


Profa. Eli Iola Gurgel Andrade
Orientadora


Prof. Fausto Pereira dos Santos


Profa. Rosângela Minardi Mitre Cotta



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **FERNANDA DE FREITAS CASTRO GOMES** número de registro 2011656464. As quatorze horas do dia **primeiro de fevereiro de dois mil e treze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS JUDICIAIS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO PERÍODO 1999-2009”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Eli lola Gurgel Andrade, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

| | | |
|--|--------------|----------------------------|
| Profa. Eli lola Gurgel Andrade/orientadora | Instit: UFMG | Indicação: <u>Aprovado</u> |
| Prof. Fausto Pereira dos Santos | Instit: MS | Indicação: <u>Aprovado</u> |
| Profa. Rosângela Minardi Mitre Cotta | Instit: UFV | Indicação: <u>Aprovado</u> |

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 01 de fevereiro de 2013.

Profa. Eli lola Gurgel Andrade _____

Prof. Fausto Pereira dos Santos _____

Profa. Rosângela Minardi Mitre Cotta _____

Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora _____

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

AGRADECIMENTOS

A Deus, força que me guia e ilumina.

À minha família, que me apoia e me auxilia sempre, em especial ao meu esposo João Francisco, à minha filha Maria Fernanda, meus irmãos e meus pais.

À Professora Eli Iola Gurgel Andrade e à Professora Mariângela Leal Gherchiglia, pela orientação, paciência, apoio e compreensão.

Aos membros da Banca de Defesa do Mestrado, Doutor Fausto Pereira dos Santos, Professora Rosângela Minardi Mittre Cotta e Professora Alaneir de Fátima dos Santos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em especial ao colaborador Oswaldo Geraldo da Silva Teixeira, do Departamento de Controle e Avaliação, pela validação dos dados.

À Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em especial ao colaborador Miguel Martins, do Departamento Programação Pactuada e Integrada, pelos dados disponibilizados.

Ao Hospital Arnaldo Gavazza Filho, pelo auxílio e viabilização no início dos estudos, em especial ao Ex-Superintendente Executivo, Cristian Tassi.

À Universidade Federal de Viçosa, pela viabilização de minha dedicação enquanto colaboradora dessa instituição.

A todos os pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES), em especial aos Professores Carlos Dalton Machado, Viviane Cristina dos Santos, Orozimbo Campos Neto e Tiago Lopes Coelho, pelo envolvimento e apoio.

Aos meus amigos, pela compreensão e apoio, em especial ao Prof. Odemir Baeta, pelos conselhos e à Amanda Cristina de Souza Andrade, pela colaboração na análise estatística.

A todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em especial à Juliane Kate, pelo apoio e auxílio.

RESUMO

Introdução: No âmbito internacional, a Judicialização da Saúde é vista como um mecanismo de reivindicação do direito à saúde, baseada no direito à vida. No Brasil, após a Constituição de 1988, cresce de forma exponencial o número de mandados judiciais na saúde. Há vários estudos acerca da judicialização de medicamentos, mas poucos abordando procedimentos ambulatoriais e hospitalares. O estudo dessas demandas pode ampliar o escopo de avaliação da atenção à saúde, quanto às dificuldades de acesso e cobertura da assistência. **Objetivo:** Este estudo objetiva analisar os processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares quanto a sua cobertura e acesso, descrevendo o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, entre 1999 e 2009. **Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo por meio da técnica de análise documental das informações contidas nos expedientes administrativos relacionados ao processo judicial. Foram analisadas variáveis relativas à natureza do processo judicial, ao perfil dos beneficiários e as características dos procedimentos. Os procedimentos foram classificados pela Tabela Unificada de Procedimentos, Órteses, Próteses, Medicamentos e Materiais Especiais do SUS (Tabela Unificada do SUS) e pela Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). As demandas judiciais foram relacionadas à Programação Pactuada e Integrada (PPI), aos indicadores de cobertura da Rede Interacional de Informações para a Saúde (RIPSA) e Indicadores de Desempenho do SUS (IDSUS). Foi utilizado o *software* SPSS versão 18®. **Resultados:** No período analisado encontrou-se 6112 processos, 783 (14,3%) solicitavam 1002 procedimentos, sendo 80,8% ajuizados entre 2007 a 2009. Predominaram ações individuais judicializadas em 1ª instância (95,5%), com pedidos de liminares (98,0%). Houve deferimento em 71,0% dos casos. O Estado figurou como réu em 100% das ações. Em 63% também foram citados os municípios. Os procedimentos foram solicitados por 908 beneficiários, sendo 54,1% do sexo masculino, 58,8% com idade acima de 50 anos e 48,5% aposentados e donas de casa. Os beneficiários residiam principalmente nas macrorregiões Centro (26,4%) e Oeste (23,9%). Dos 1002 procedimentos requisitados, 63,2% obtiveram classificação na Tabela Unificada do SUS e apenas 3,1% na Tabela TUSS. Observamos cobertura pelo SUS de 93,5%. Predominaram os grupos de procedimentos cirúrgicos (37,2%) e com finalidade diagnóstica (26,6%). Em relação à classificação por nível de complexidade, observou-se que 80,8% do grupo de procedimentos clínicos eram de média complexidade e 53,9% do grupo de procedimentos cirúrgicos eram de alta complexidade. Os procedimentos mais solicitados foram internação clínica (13,4%), internação em CTI (8,9%) e cirurgias do aparelho circulatório (11,2%). Não houve correlação entre o número de processos por macrorregião e a nota obtida nos quatro indicadores analisados que compõem o IDSUS. Ao comparar a Programação Pactuada e Integrada com os indicadores de cobertura da RIPSA, observou-se produção consideravelmente maior do que o planejado. **Conclusão:** Este estudo retoma as questões de acesso e cobertura relacionadas ao fenômeno de judicialização da saúde no Brasil e chama a atenção para as necessidades de saúde, que não encontram a mesma prioridade que o tratamento medicamentoso. Os resultados indicam uma relevante capacidade de cobertura dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares pelo SUS. Contudo, a avaliação dos processos judiciais aponta para as necessidades emergentes de melhoria no acesso aos procedimentos de média e alta complexidade.

PALAVRAS-CHAVE: Decisões Judiciais. Cobertura de serviços de saúde. Acesso aos serviços da saúde. Avaliação dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Internationally, the Judicialization of Health is seen as a mechanism for claiming the right to health and it's linked to the right to life. In Brazil, after the Brazilian Federal Constitution in 1988, the number of processes in health grows exponentially. There are many studies about drugs' judicialization, but few of them talk about ambulatory and hospital procedures. The study of these demands can amplify the scope of health care's evaluation about the difficulties care access and coverage attendance. **Objective:** This study analyzes the lawsuits to the execution of ambulatory and hospital procedures about their coverage and accessibility, describing the profile of lawsuits against the Minas Gerais Secretary of State for Health from 1999 to 2009. **Methodology:** A retrospective descriptive study using the technique of documentary analysis of the information contained in the administrative files related to the lawsuit was done. Variables were analyzed concerning about the nature of the lawsuit, the profile of beneficiaries and the characteristics of the procedures. The procedures were classified by the Unified Procedure Table, Orthotics, Prosthetics, Medicines and Specialty Materials SUS (Unified Table SUS) and the Table of Unified Terminology of Health Supplements (TUSS). The lawsuits were related to the Agreed and Integrated Planning (PPI), the coverage indicators available at Interactional Information Network for Health (RIPSA) and the Performance Indicators (SUS IDSUS). The SPSS version 18® was used. **Results:** In the period analyzed they were met 6112 cases, 783 (14.3%) requested 1002 procedures, 80.8% were filed from 2007 to 2009. Judicialized individual stocks predominated in 1st instance (95.5%), with requests for injunctions (98.0%). 71.0% cases were differed. The State figured as a defendant in 100% of the shares. 63% of them mentioned the Cities. The procedures were requested by 908 beneficiaries, 54.1% were male, 58.8% were over 50 years and 48.5% were retired and housewives. The Beneficiaries live mainly in macro regions Center (26.4%) and West (23.9%). From 1002 required procedures, 63.2% were classified in Table Unified SUS and only 3.1% in Table TUSS. It was observed that SUS coverage 93.5%. The groups of surgical procedures (37.2%) and of diagnostic purposes (26.6%) were predominated. Regarding the classification level of complexity, it was observed that 80.8% of clinical procedures group were medium complexity and 53.6% surgical procedures group were high complexity. The most common procedures requested were clinical admission (13.4%), Intensive Care Unit admission (8.9%) and circulatory surgeries (11.2%). There was no correlation between the number of cases by macro region and the mark achieved in the four indicators that make up the IDSUS analyzed. Comparing the data planned with the data produced, it was observed that the production procedures has been considerably higher than planned procedures. **Conclusion:** This study takes up the issues of access and coverage related to the phenomenon of judicialization of health in Brazil and draws attention to the health needs that doesn't have the same priority as drug treatment. The results indicate a significant capacity for the ambulatory and hospital procedures coverage by SUS. However, the lawsuits evaluation points to emerging needs for improved access to the procedures of medium and high complexity.

KEYWORDS: Judicial Decisions. Health Services Coverage. Access to health services. Evaluation of health services

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Conceitos definidos ou esclarecidos pelo Decreto 7508 que regulamenta a Lei Orgânica 8.080/90..... | 39 |
|--|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Perfil dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009..... | 51 |
| Tabela 2 - Tempo para Decisão Judicial: liminar, deferimento, deferimento parcial e suspensão dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=751..... | 53 |
| Tabela 3 - Perfil dos beneficiários dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009..... | 54 |
| Tabela 4 - Classificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009..... | 62 |
| Tabela 5 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme classificação na Tabela Unificada do SUS N= 633..... | 63 |
| Tabela 6 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme classificação pela Tabela TUSS. N= 42..... | 65 |
| Tabela 7 - Comparação entre a programação e a produção dos procedimentos de média complexidade ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, de Belo Horizonte em 2008, conforme PPI e RIPSA..... | 67 |
| Tabela 8 - Doenças registradas nas ações judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por classificação geral dos procedimentos N= 1002..... | 69 |
| Tabela 9 - Doenças registradas nas ações judiciais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) por grupo da Tabela Unificada do SUS N=624 ^a | 70 |
| Tabela 10 - Comparação entre o número de solicitações de procedimentos ambulatoriais e hospitalares via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, e os quatro indicadores do IDSUS relacionados a procedimentos, por macrorregião..... | 72 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Ações judiciais relacionadas a saúde, ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=6112..... | 50 |
| Gráfico 2 - Relação processos/ procedimentos ambulatoriais e hospitalares/cobertura SUS ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009..... | 53 |
| Gráfico 3 - Relação processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, 1999-2009, e residência dos beneficiários por macrorregião..... | 56 |
| Gráfico 4 - Relação número de processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, 1999-2009, por cidade e razão nº de processos/população..... | 57 |
| Gráfico 5 – Descrição Geral dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=1002..... | 60 |
| Gráfico 6 – Classificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares descritos como incompletos dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009 N=327..... | 60 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares demandados via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, por microrregião. N=1002..... | 58 |
| Figura 2 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares demandados via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, por cidade. N=1002..... | 59 |

LISTA DE SIGLAS

ACP – Ação Civil Pública

AIH – Autorização de Internações Hospitalares

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo

APS – Atenção Primária de Saúde

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

FAE – Fator de Apoio ao Estado

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FAM – Fator de Apoio ao Município

GM – Gabinete do Ministro

GP – General Practitioner

GPES – Grupo de Economia da Saúde

ICESCR – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

IDSUS – Indicadores de Desempenho do SUS

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

SPSS – PASW STATISTICS

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI – Programação Pactuada Integrada

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SES – MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIGTAP – Sistema de Gestão de Tabelas de Procedimentos

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

TGF – Teto Financeiro Global

TGFE – Teto Financeiro Global do Estado

TGFM – Teto Financeiro Global Municipal

UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 20 |
| 2.1 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..... | 20 |
| 2.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO VIA DE ACESSO À ASSISTÊNCIA..... | 28 |
| 2.3 MARCO LEGAL PARA PRODUÇÃO E REMUNERAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS..... | 32 |
| 2.3.1 O modelo de remuneração por procedimentos..... | 32 |
| 2.3.2 Novo marco regulatório: Lei nº 12401/11 e o Decreto nº 7508/11..... | 38 |
| 3 OBJETIVOS..... | 43 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 43 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 43 |
| 4 METODOLOGIA..... | 44 |
| 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 44 |
| 4.2 PERÍODO..... | 44 |
| 4.3 POPULAÇÃO..... | 44 |
| 4.4 FONTE DE DADOS..... | 45 |
| 4.5 VARIÁVEIS DE MEDIDA..... | 46 |
| 4.6 ANÁLISE DOS DADOS..... | 46 |
| 4.7 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE..... | 48 |
| 4.8 LIMITAÇÕES..... | 49 |
| 4.9 CONFIDENCIALIDADE..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 5 RESULTADOS..... | 50 |
| 5.1 PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS..... | 50 |
| 5.2 PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS..... | 53 |
| 5.3 ORIGEM DOS PROCESSOS..... | 55 |
| 5.4 CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES..... | 59 |
| | |
| 6 DISCUSSÃO..... | 74 |
| | |
| CONCLUSÃO..... | 79 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 80 |
| | |
| ANEXOS..... | 88 |
| | |
| APÊNDICES..... | 96 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 – artigos 194 a 200, como parte componente da Seguridade Social, e baseado nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, bem como nos princípios operacionais de descentralização, regionalização/hierarquização e participação social (BRASIL, 1988; FLEURY; OUVÉRY, 2008).

No artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, a Saúde é estabelecida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). O Estado assume, então, a responsabilidade de garantir a Saúde de sua população, tornando-a direito fundamental. (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Isso implica na obrigatoriedade de organizar um Sistema de Saúde que contemple seus princípios e diretrizes. Desde a Constituição Federal de 1988, uma série de leis, portarias e documentos administrativos foram elaborados a fim de organizar o sistema para cumprir seus princípios (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Entretanto, uma cobertura universal, integral e equânime de forma regionalizada e hierarquizada torna a gestão deste sistema bastante complexa e burocrática, requerendo bons mecanismos para promover e realizar assistência em saúde de forma eficiente (NORONHA et al., 2008). Além disso, a interpretação dos conceitos de universalidade, integralidade e equidade são bastante divergentes, sendo fator condicionante às solicitações de direitos relacionados à saúde via processo judicial.

Chieffi e Barata (2010) apontam como desafio da gestão do SUS a demanda judicial para acesso a medicamentos ou procedimentos que não são contemplados pelo sistema. Vieira (2008) também identifica que a natureza dos processos é tanto por necessidades pertinentes quanto por solicitações não contempladas nas políticas de saúde.

Nos últimos anos, são diversas as publicações que tratam do fenômeno “Judicialização da Saúde”, tanto do ponto de vista jurídico quanto da gestão do sistema de saúde. Observa-se, entretanto, que essas pesquisas tratam com prioridade a demanda de medicamentos via judicial, apesar de haver também a demanda por procedimentos. Desta forma, questionam-se as características desses processos e os fatores que levaram os usuários a reivindicar seus direitos por esse caminho.

Desde o final da segunda metade dos anos noventa, cresce de forma exponencial o número de mandados judiciais na saúde. Em 2011, foram contabilizados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) 240.980 processos nessa área que, em sua maioria, buscavam garantir o acesso das pessoas a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Diante da complexidade do sistema, acredita-se que esses fatores devem estar relacionados às dificuldades de acesso, à necessidade de ampliação de cobertura do sistema e à pressão por incorporação tecnológica que, conforme Silva (2003), leva o paciente a requerer tratamentos inovadores, cuja eficácia pode ser ainda questionada. Uma vez que os pacientes estão procurando o meio judicial para reivindicar o direito à assistência à saúde, também pode-se dizer que essa assistência não tem ocorrido conforme a necessidade o que pode proporcionar riscos à vida do paciente.

Além disso, pode-se considerar os problemas relacionados ao financiamento da Saúde, que impossibilita a oferta em tempo oportuno dos serviços, ocasionando filas de espera, principalmente quanto aos procedimentos eletivos. Herrera (2009) e Wang (2008) discutem a teoria da reserva do possível e do direito mínimo existencial, refletindo sobre as divergências entre considerar as ações judiciais, partindo da premissa de que a saúde é um direito fundamental e parte do núcleo essencial da existência humana, garantido na constituição, ou atender aos princípios constitucionais, considerando as limitações de recursos do Estado.

Ao considerar que a atenção à saúde engloba um conjunto de ações e serviços, percebe-se que os estudos sobre a judicialização no Brasil tem abordado quase exclusivamente à assistência farmacêutica. Importantes trabalhos buscaram discutir a caracterização dos processos por medicamentos, procurando identificar relações entre as demandas judiciais e os diversos interesses econômicos envolvidos (DALLARI; MARQUES, 1996; CHAVES; VIEIRA, REIS,

2008; CHIEFFI; BARATA, 2008; PEPE et al. 2010; MACHADO et al. 2011; CAMPOS-NETO et al., 2012) Não encontramos referências a estudos diretamente relacionados às demandas judiciais por procedimentos ambulatoriais e hospitalares, embora, em geral, estes façam parte do rol de ações, sob recomendação médica, que dá origem a um processo judicial em saúde.

Entende-se por procedimento o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. (BRASIL, 2011). Neste estudo, o objetivo foi analisar os processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares quanto à cobertura e acesso, descrevendo o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES – MG) entre 1999 e 2009.

Nesse contexto, esta pesquisa se justifica pela necessidade de conhecer melhor o fenômeno da judicialização da saúde no âmbito da assistência à saúde em relação à atenção básica, de média e alta complexidade no Estado de Minas Gerais. É preciso identificar as características das demandas por procedimentos ambulatoriais e hospitalares em comparação com a judicialização de medicamentos, assim como verificar a congruência entre o perfil de ações judiciais estudadas, as metas estabelecidas pelos instrumentos de programação de ações de saúde e os indicadores de produção dos serviços. O estudo destas demandas pode ampliar o escopo de avaliação da atenção à saúde, quanto às dificuldades de acesso e cobertura da assistência, como um conjunto de ações que devem compor o cuidado integral.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS como mecanismo de garantia do direito à saúde, considerado direito fundamental a partir da afirmação no artigo 6º da saúde enquanto direito social. Para tanto, na lei nº 8.080, de 1990 este sistema foi definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1988). No artigo 200 da Constituição estão detalhadas as atividades que o contemplam: 1) atendimento individual ou coletivo, compreendendo as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; 2) atendimento ambulatorial, hospitalar, de apoio a diagnóstico e domiciliar geridos pelos governos municipais, estaduais e federais; 3) ações de todas as complexidades e custos, ou seja, de vacinas e consultas básicas a cirurgias cardiovasculares e transplantes; 4) intervenções nos sistemas ambientais e sanitários, controlando desde a produção e circulação de bens e prestação de serviços, bem como os vetores e hospedeiros; 5) controle de qualidade dos serviços e ações prestadas, bem como pesquisas e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos (NORONHA et al., 2008).

Os três princípios que norteiam o SUS foram estabelecidos na Constituição de 1988 e descritos na Lei nº 8080: “[...] acesso **universal e igualitário** às ações e serviços [...] atendimento **integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Para o Ministério da Saúde (2000), o princípio da Universalidade é a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde a todos que dele necessitem, enfatizando ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos. O princípio da Integralidade é a consideração das necessidades de saúde específicas de grupos ou pessoas em todos os níveis de complexidade. O princípio da equidade é o atendimento às necessidades de saúde de acordo com as diferenças regionais, de forma a reduzir as disparidades.

Telles (1996) afirma que os direitos sociais são parte dos direitos fundamentais do homem, sendo normas constitucionais que buscam a igualdade de situações sociais desiguais e assim proporcionam condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

Uma vez classificada como direito fundamental, a saúde foi qualificada como norma constitucional de eficácia plena, garantindo assim uma assistência jurídico-institucional para sua efetivação. Além disso, foi constituída como *clausula pétrea*, esse, por se associar diretamente ao direito da vida não pode ser excluída da constituição (ASENSI, 2010).

Para Telles (1996), como os direitos sociais foram reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU, junto aos direitos civis e aos direitos políticos, no elenco dos direitos humanos eles devem ser considerados direitos que cabem a todos os indivíduos igualmente, sem distinção de raça, religião, credo político, idade ou sexo.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, o direito à saúde foi conceituado como “garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (MACEDO; LOPES; FILHO, 2011, p. 706).

Partindo da premissa dos determinantes sociais, definidos pela Organização Mundial Saúde - os quais inserem as características individuais, fisiológicas e psicológicas - na ótica jurídica a saúde implica em aspectos individuais e sociais. Dessa forma, o direito à saúde é caracterizado como direito individual, privilegiando a liberdade de escolha das pessoas tanto quanto ao meio e condições de viver como a que tipo de tratamento se submeter, quando doentes, além de haver a liberdade do profissional da saúde de determinar o tratamento, dependendo, para isso, de um Estado com certo grau de desenvolvimento (DALLARI, 2010).

A saúde, por ser um Direito Fundamental, é uma questão essencialmente política que tem demandado a atuação do Poder Judiciário para garantia desse direito, passando a ser frequente, após a Constituição de 1988, o fenômeno da Judicialização da Saúde. Cabe ressaltar que, nos

últimos, anos essa frequência tem se tornado mais intensa, com crescimentos em proporções geométricas (VEBICARO, 2008; BORGES; UGÁ, 2010).

Esse fenômeno também foi impulsionado pelas mudanças valorativas que a Carta Constitucional trouxe no que diz respeito aos fundamentos do Estado Democrático de Direito (liberdade de expressão, associação, pluralismo político, soberania, cidadania, entre outros), bem como a universalização do acesso à justiça, também reconhecida como direito fundamental (ASENSI, 2010).

A judicialização pode ser definida como a decisão, pelo Poder Judiciário, de questões relevantes do ponto de vista político, podendo ser relacionadas à educação, saúde, segurança e outras (BARROSO, 2011). É um movimento de discussão, no campo do Direito, dos conflitos político-sociais. Parte-se do princípio de que o Judiciário, quando demandado, pode ser um instrumento de formação de políticas públicas (DALLARI et al., 1996). É o surgimento do protagonismo do Poder Judiciário na efetivação de direitos, principalmente de cunho social e coletivo, como estratégia de mobilização de recursos e argumentos para a defesa e conquista de direitos (ASENSI, 2010).

Tradicionalmente, em cada país esse fenômeno se apresenta com características próprias, de acordo com estrutura formada do Sistema Judiciário. Nos países em que os sistemas judiciários se baseiam no *Comon Law*, a sua participação é efetiva. Já nos países baseados na *Civil Law* (América Latina e Europa Continental), a sua atuação é mais restrita, limitando-se a aplicação de normas abstratas, gerais e impessoais a casos concretos. Entretanto, têm-se observado uma tendência a uma maior atuação do Judiciário em ambas as estruturas (VEBICARO, 2008). Diante das dificuldades de acesso e cobertura mínima dos serviços de saúde e tratamentos médicos específicos cobertos pelos seguros sociais e sistemas pré-pagos, também tem crescido o número de ações judiciais.

Na experiência Argentina, por exemplo, Abramovich e Pautassi (2000) denominam de ativismo judicial o uso estratégico dos tribunais pela defensoria pública ou advogados particulares para sinalizar as demandas ao estado ou às empresas prestadoras dos serviços de saúde. Essas

intervenções podem restaurar os direitos prejudicados pela omissão das autoridades públicas e são vistas como uma forma de respeitar as pessoas que se encontram em situação de desvantagem para acessar o sistema de justiça ou em situações de urgência. Os autores mencionam que reivindicações de cobertura foram registradas para acesso a cirurgias gástricas, *by pass* e técnicas de reprodução.

Na Espanha o direito à saúde é reconhecido em Constituição. Conforme Scobar (2008) é comum os cidadãos reivindicarem a assistência à saúde via judicial por dois motivos: reembolso do atendimento devido à indisponibilidade do serviço público, dentro de um tempo oportuno, e recusa de atendimento do profissional de saúde ou negligência em seu atendimento (prescrição incorreta e não encaminhamento para especialistas), isto é, atos que colocaram em risco a saúde do paciente (SCOBAR, 2008).

Na Colômbia, frente a uma realidade na qual somente 43% a 47% da população têm assegurado o direito à assistência à saúde, Arango (2008) revela que o número de ações de tutela e de sentenças de revisão relativas ao direito à saúde, em 1994, representavam 5,8% do total das sentenças da Corte Constitucional. Em 1998, passa a 14% e em 2003 já somavam 33,4%. Nesse país as ações judiciais também se respaldam no Direito à Vida e a atuação do Judiciário é vista como um fator que contribui para um Estado Social de Direito (ARANGO, 2008).

Hogerzeil et al. (2006) realizaram uma busca sistemática para identificar processos judiciais concluídos em países de baixa e média renda, em que os indivíduos ou grupos reivindicavam o acesso a medicamentos essenciais com referência ao direito à saúde. Foram identificados e analisados 71 processos judiciais de 12 países em que o acesso a medicamentos essenciais foi reivindicado. Somente em dois países o direito à saúde não está garantido na Constituição. É o caso da Argentina e da Índia. Os autores apontam também que o direito à saúde é reconhecido em muitos outros tratados regionais e internacionais, sendo o principal deles o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Direitos Culturais (ICESCR), de 1966. Assim, em 80% dos casos, o direito à saúde estava ligado ao direito à vida, permitindo concluir que reivindicar este direito por intermédio da justiça é uma forma de promover o direito à saúde e encorajar os governos a cumprirem suas obrigações do tratado constitucional e internacional. Por isso, Hogerzeil et al. (2006) ressaltam a importância de as garantias constitucionais em acesso aos

serviços de saúde ser bem definidas, de forma que o Judiciário seja acionado em caráter excepcional.

No Brasil, as principais condições facilitadoras da judicialização das políticas se originaram a partir do processo de redemocratização e reconstitucionalização do país. Merece destaque a promulgação da Constituição Federal de 1988, com um estilo de texto aberto à interpretação, de cláusulas indeterminadas e universalização do acesso à justiça, que também se tornou direito fundamental (VERBICARO, 2008). Essas condições instigaram a atuação do Judiciário nas relações sociais e têm acarretado maior impacto nas questões relacionadas à saúde. A forma na qual a Constituição Federal de 1988 foi elaborada, bem como as falhas do legislativo e das instituições reguladoras, obrigam o Judiciário a exercer o papel de mediador e controlador de conflitos entre os poderes assim como recebe uma sobrecarga de atuação (WERNECK et al., 1999).

Paralelo ao fenômeno da judicialização, Asensi (2010) acrescenta o conceito de juridicização para indicar a atuação fiscalizadora e controladora do Ministério Público diante das instituições e estabelecimentos de saúde, de forma que ofereçam o serviço de acordo com as demandas, tendo esse órgão atuado, principalmente, com dois instrumentos formais: o de Ação Civil Pública (ACP) e o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC).

A fim de compreender esse fenômeno, discussões teóricas têm sido realizadas a partir das concepções procedimentalistas e substancialistas a respeito da atuação do judiciário nas políticas públicas. A concepção procedimentalista ressalta o papel instrumental da Constituição. Defende-se, nesse sentido, que atuação judicial deve garantir que as decisões quanto ao conteúdo constitucional se realizem de forma democrática. Restaria ao Judiciário, principalmente, assegurar o processo democrático sem exercer um papel relevante a respeito das bases axiológicas sobre as quais a sociedade irá se desenvolver. Por outro lado, os substancialistas defendem um maior compromisso do Judiciário com a efetivação dos valores constitucionais. Nessa perspectiva, o Poder Judiciário teria uma postura mais ativa e seria responsável pelas intervenções necessárias à efetivação das disposições constitucionais.

Com base nessas premissas, discute-se a teoria da reserva do possível, considerando que os direitos são garantidos, ressaltando a existência e limitação de recursos e a do mínimo essencial dos direitos fundamentais, compreendida por Herrera (2009, p. 86) como “um conjunto de direitos básicos que integram o núcleo da dignidade da pessoa humana devem ser garantidos pelo Estado, independente de recursos orçamentários” (HERRERA, 2009; WANG, 2008).

Os estudos publicados acerca do fenômeno da Judicialização da Saúde no Brasil abordam, prioritariamente, a demanda por medicamentos. O crescimento desordenado dessas ações, em sua maioria deferidas, tem sido predominantemente favorável, prejudicando, muitas vezes, o orçamento da saúde, o que tem causado preocupação aos gestores do Sistema Único de Saúde (BORGES; UGÁ, 2010). Porém, ao pensar que a judicialização representa, ao mesmo tempo, um ampliação da inclusão social e uma debilidade do Legislativo, ela passa a ser vista de forma positiva, deixando de ser uma ameaça e assumindo, para certos autores, a posição de maior aliada do SUS, já que sinaliza as necessidades, aponta as dificuldades e impulsiona os gestores a modificar processos, criar ou alterar políticas (FLEURY, 2012).

Pepe et al. (2010) fizeram revisão e análise das pesquisas disponíveis, realizadas em estados e municípios brasileiros, a fim de abordar os principais elementos de interferência da judicialização de medicamentos e suas principais características. Quanto aos elementos de interferência, apontam a existência de estudos que identificaram pedidos judiciais de medicamentos sem registro no país, podendo ser estratégia da indústria farmacêutica para pressionar a autoridade reguladora para liberação do registro, além de desconsiderar a etapa de inserção do medicamento na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Isso favorece as fraudes e elevação de gastos, já que tais medicamentos são comprados em caráter de emergência, sem processos licitatórios e a preços elevados. As principais características da judicialização observadas pelos autores foram: as decisões judiciais se respaldam principalmente na prescrição médica; algumas ações individuais se tornaram de benefício coletivo; elas contêm prescrições de medicamentos sem registro, alertando quanto ao risco à saúde; a maioria dos medicamentos está na lista de Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica; a judicialização tem sido um caminho importante para o acesso a medicamentos de última geração.

Borges e Ugá (2010) analisaram as sentenças proferidas em primeira instância no período de 2001 a 2005 no estado do Rio de Janeiro e constataram que faltam critérios do Poder Judiciário para o fornecimento do medicamento e que há falhas do Poder Executivo em organizar a assistência farmacêutica, com importantes entraves na dispensação dos medicamentos. Dessa forma, concluíram que, apesar da demanda por medicamentos via judicial não ser o melhor caminho, ela tem se tornado cada vez mais frequente devido a essas falhas, cabendo ao Judiciário seguir critérios para analisar as ações, de forma a não atuar excessivamente, sendo esta uma forma de se fazer exercer o direito dos cidadãos.

Chieffi e Barata (2010, p. 423) analisaram a concentração na distribuição dos processos judiciais segundo medicamentos, médico e advogado a partir de processos judiciais de São Paulo do ano de 2006, identificando que “a maioria dos processos destina-se a garantir o acesso a medicamentos caros, sofisticados, de introdução recente no mercado. [...] Um número reduzido de advogados está associado a um grande número de processos, ocorrendo o mesmo com os médicos”.

Campos-Neto et al. (2012) descreveram as relações entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica em 2412 ações judiciais contra o Estado de Minas Gerais. Identificaram 18 fármacos diferentes, sendo 12 fornecidos pelas políticas de assistência farmacêutica do SUS. Observaram predomínio de representação por advogados particulares e atendimento por médicos do setor privado, bem como identificaram que 43,6% dos pedidos originados de um único escritório tiveram o mesmo prescritor e 29 médicos foram responsáveis por 40,2% dos pedidos do mesmo fármaco. Dessa forma, apontaram riscos à equidade devido à maior representatividade de médicos do setor privado e advogados particulares, bem como sinalizaram que a judicialização tem se tornado um mecanismo para atender aos interesses da indústria farmacêutica. Estas relações também foram observadas nos estudos de Marques e Dallari (2007), Chieffi e Barata (2009) e Pereira et al. (2010).

Vários trabalhos enfocam a caracterização dessas demandas nos estados brasileiros. Macedo et al. (2011) analisaram 81 processos no Estado de São Paulo entre 2005 e 2009 e observaram que cerca de um terço dos pedidos faziam parte da lista de medicamentos do SUS para fornecimento

gratuito. Resultados semelhantes foram observados nos estudos de Chieffi e Barata (2009), Messenger et al. (2005) e Vieira et al. (2007).

Estudo realizado em Santa Catarina analisou a situação dos processos judiciais contra a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina e identificou 665 processos entre os anos 2000 e 2004. Apontou altas taxas de crescimento, tanto no número de novos processos ou solicitações quanto nos gastos, em reais. Nesse estado, no ano 2000 foram registrados apenas dois processos com gasto de R\$38.362,07. Já em 2004, foram registrados 444 processos com gasto de 9.494.645,97. Conclui que uma melhor organização da assistência farmacêutica de forma a proporcionar acesso mais simplificado aos tratamentos disponibilizados, revisões periódicas dos elencos selecionados e a conscientização dos prescritores e membros do Poder Judiciário acerca da lógica de funcionamento da Assistência Farmacêutica, com base na utilização racional de medicamentos pode reduzir a demanda judicial sem comprometer o direito à saúde (PEREIRA et al., 2010). Pepe et al. (2010) caracterizaram as demandas judiciais por medicamentos no Estado do Rio de Janeiro, apontando que a principal justificativa da ação é a necessidade terapêutica do requerente. Arrazoam também que os medicamentos solicitados não inclusos na lista são de grande consistência (80,6% das ações solicitavam pelo menos um medicamento não constante da lista e que os medicamentos mais solicitados foram para o sistema cardiovascular e o nervoso central. Ventura et al. (2010) analisaram os processos judiciais individuais que reivindicam medicamentos no período de jul/2007 a jul/2008 no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e concluíram que, para uma efetividade do direito à saúde, além da atuação do Judiciário, são necessárias uma série de respostas políticas e ações governamentais mais amplas.

Estudo em Minas Gerais descreveu processos entre 2005 e 2006 e identificou que 70% dos pacientes/beneficiários da ação judicial tinham sido previamente atendidos pelo sistema privado de saúde e 60,3% deles foram representados por advogados particulares. Entre os medicamentos demandados, apenas 5% dos medicamentos não eram registrados na ANVISA, 19,6% estavam presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. e 79,0% dos medicamentos não contemplados pelo SUS apresentavam alternativa terapêutica nos programas de assistência farmacêutica. Observaram, então, que a judicialização pode indicar falhas do SUS, porém,

também representa um obstáculo para a prática do uso racional de medicamentos (MACHADO et al., 2011).

No Distrito Federal, em 2008 foram analisados 221 acórdãos, observando-se aumento significativo de processos a partir de 2002, com diversidade de pacientes. Destacou-se que 50% dos medicamentos deveriam constar nos estoques da Secretaria de Saúde e todos os pedidos foram deferidos. Por fim, discutiu-se que a intervenção do Judiciário proporcionou ampliação de cobertura e redefinição de prioridades para atendimento das demandas judiciais (ROMERO, 2008).

Em 2012, Bellato et al. analisaram 338 processos no estado do Mato Grosso e identificaram maior demanda na capital (56,8%). As demais demandas se distribuíram em 25 diferentes municípios. Encontraram 95% das ações em segunda instância no sistema jurídico. Em virtude disso, discutem que os órgãos gestores justificam o não fornecimento devido à gestão orçamentária e à ausência do medicamento nos protocolos clínicos. Entretanto, segundo os autores tais justificativas não são aceitas pelo Judiciário, tendo em vista que o direito à vida se sobrepõe às dificuldades de orçamento e organização administrativa. Sinalizam, então, que os deferimentos são pontuais, não favorecendo ações coletivas para reorganização dos serviços de saúde e sua oferta de cuidado, de modo que a mediação do Judiciário deveria contribuir para a reorganização da rede de atenção à saúde, garantindo a Integralidade e a Resolutividade (BELLATO et al., 2012).

2.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO VIA DE ACESSO À ASSISTÊNCIA

O Ministério da Saúde define acesso como o atendimento nas práticas de produção de saúde, com regulação da atenção à Saúde: A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. É a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (SOUZA et al., 2008).

Acessibilidade pode ser definida como caráter ou qualidade do que é acessível, excluindo as etapas de percepção de necessidades e o processo de tomada de decisão na procura de serviços

pelos indivíduos. Além da entrada nos serviços, indica também o grau de desajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. A acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para atender às necessidades de saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1988). Ambos os termos indicam o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Já a cobertura é definida como uma oferta sistematizada e contínua, de forma integral, universal e equânime. Ela pode ser referida como cobertura real - proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato usou os serviços - ou cobertura potencial, que mede a quantidade de pessoas que seriam beneficiadas com a capacidade de oferta daquele serviço (VIEIRA DA SILVA, 2005; SOBERON, 1998).

De acordo com a Rede Interacional de Informações para a Saúde (RIPSA), no ano de 1999, em Minas Gerais, foram realizadas 41.719.603 de consultas médicas e em 2009 foram realizadas 52.037.169, caracterizando um aumento de 24,7% de oferta. Quanto aos procedimentos diagnósticos (imagenologia e patologia clínica), houve um aumento de 124%: enquanto em 1999 foram realizados 28.330.200 exames, em 2009 foram realizados 63.575.753. Já em relação às internações hospitalares, houve uma redução de 12% entre 1999 e 2009, pois foram 1.272.401 pacientes internados em 1999 e 1.128.189 em 2009, sugerindo um indicador positivo em relação às ações de saúde (BRASIL, 2012).

Observa-se, em alguns estudos de judicialização, que as solicitações de medicamentos estão relacionadas às dificuldades de acesso, seja por entraves administrativos e logísticos, seja pela ausência de cobertura, que pode estar ligada a restrições orçamentárias, evidência científica e morosidade do sistema para incorporação de novas tecnologias. Messenger et al. (2005) analisam os registros de mandados judiciais no Rio de Janeiro entre 1991 e 2002. Apontam crescimento significativo das ações, a partir do ano 2000, impetradas contra a gestão estadual solicitando medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, inclusive de atenção básica. Os autores concluem que, no período analisado, a judicialização se inicia pela busca do acesso aos

medicamentos antirretrovirais, passa pelos medicamentos excepcionais e nos últimos anos incide sobre a incorporação de medicamentos da atenção básica.

Chaves, Vieira e Reis (2008) abordaram a relação da política de acesso universal para tratamento da AIDS com a propriedade industrial vigente no Brasil e reforçaram que a via judicial pode e deve ser utilizada como um canal em potencial para defesa de direitos coletivos, uma vez que é uma forma de identificar alternativas no atual sistema de patentes, bem como uma maneira de aumentar a atenção pública sobre os impactos negativos dos direitos de propriedade intelectual no acesso à saúde e de o Poder Judiciário pressionar o Poder Executivo a se tornar mais flexível para atender às necessidades de saúde pública.

Vieira e Zucchi (2009) analisaram a cobertura qualitativa das políticas terapêuticas no Sistema Único de Saúde no âmbito federal, com base em ações impetradas contra a Secretaria Municipal de São Paulo em 2005. Concluem a respeito das limitações na formulação e implementação das Políticas Terapêuticas que elevam o comprometimento da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

Paula et al. (2009) apontaram quatro razões para que a política de medicamentos seja parte integrante da política de saúde: elevação da demanda por medicamentos; atuação do mercado na assistência farmacêutica com restrita participação do Estado; atendimento ineficiente e de baixa qualidade do serviço público e uso irracional de medicamentos. Dessa forma, para os autores, na implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica é imprescindível que ela se fundamente no acesso gratuito, universal e igualitário por toda a população, atendendo, assim, às reais necessidades da população. Apesar dos avanços do SUS em relação a essa política, ainda é difícil assegurar o acesso aos medicamentos devido a restrições orçamentárias e a mecanismos gerenciais do sistema.

Sant'ana et al. (2009) destacam as dificuldades de acesso ao concluírem que, apesar da maior parte dos medicamentos solicitados judicialmente pertencer às listas oficiais do SUS, provavelmente, são os medicamentos não pertencentes a elas que motivam as ações. Pereira et al. (2010) observaram que as reivindicações são tanto para acesso a terapias inovadoras, ainda

não registradas no Brasil, ou para indicações ainda não aprovadas, quanto para medicamentos contemplados na assistência farmacêutica, mas não disponíveis ou com restrições de uso para tratamento somente de determinadas doenças. Portanto, observa-se a necessidade de uma melhor organização da Assistência Farmacêutica, com simplificação do acesso e revisões periódicas dos elencos selecionados e com intensificação das informações com prescritores e o Judiciário, a fim de reduzir as demandas por meio de alternativas terapêuticas ou tratamentos ainda não comprovados.

Ventura et al. (2010) analisaram os vínculos entre acesso à justiça e efetividade do acesso aos medicamentos e verificaram que as demandas judiciais são elementos importantes na tomada de decisão dos gestores que podem, muitas vezes, proporcionar melhorias do acessos aos medicamentos no âmbito do SUS, uma vez que a justiça pode expressar reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadão e de instituições. Todavia, é de extrema importância a formulação de estratégias políticas e sociais que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça para efetivação do direito à saúde.

Machado et al. (2011) advertiram que a Judicialização pode ser uma via de acesso importante para garantia dos direitos dos pacientes quando reivindicados medicamentos contemplados nas políticas públicas elaboradas pelo Poder Executivo e, eventualmente, não disponíveis no SUS mas, que por outro lado, pode prejudicar o acesso à assistência a saúde de qualidade, quando impulsiona a oferta de tratamentos irracionais de alto custo, prejudicando o orçamento para outras demandas que atenderiam à população de forma mais equânime.

Mais recentemente, Sartori Junior et al. (2012) pesquisaram a judicialização do acesso ao tratamento da doença de Fabry no Rio Grande do Sul e ressaltaram que essa é a principal via de acesso para medicamentos de alto custo, bem como apontaram para a necessidade de elaboração de uma política específica para doenças genéticas raras que estabeleça as alternativas de tratamento.

2.3 MARCO LEGAL PARA PRODUÇÃO E REMUNERAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

A estrutura de alocação de recursos, baseada no pagamento por procedimento, precedeu a criação do SUS. Ainda no período que antecedeu ao SUS foram implementadas ações para aumentar o controle das despesas e otimizar os custos por meio do “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, proposto em 1982 pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Neste plano foi publicada a Portaria nº 3046, de 20 de julho de 1982, que estabeleceu as normas para contratos e convênios e parâmetros para a remuneração da produção de serviços de saúde. Após a criação do SUS em 1988, esse marco legal permaneceu até 2002, quando foi editada a Portaria nº 1101/2002, vigente até os dias atuais. Em 2006, a Portaria GM 1097, de 22 de maio de 2006, introduziu o Pacto pela Saúde e a Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI Assistencial). Em 2011, O SUS foi marcado por alterações importantes na sua forma de organização por meio de alterações na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, com a promulgação da Lei nº 12.401/11 e do Decreto nº 7.508/11.

2.3.1 O modelo de remuneração por procedimentos

A forma de alocação dos recursos após a definição do percentual de contribuição de cada esfera, desde o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), está baseada por produção e vista como um dos focos geradores dos problemas financeiros da previdência social diante da recessão econômica em que o país se encontrava no início da década de 1980. Por isso, a Portaria nº 3.046/82 ressaltava a racionalidade de gastos, enquanto diretriz que buscava organizar, por um modelo residual de políticas sociais, o setor público de saúde e os demais subsistemas sob o fundamento da focalização, descentralização e privatização (SOUZA; LAGES, 2012).

Entretanto, diante dos excessivos gastos e constante aumento dos custos com a saúde, o sistema foi considerado ineficiente, insatisfatório, oneroso e impossível de ser acompanhado na sua qualidade, quantidade e custos, estimulando, assim, o estabelecimento de normas para a realização

de contratos e convênios de assistência médica e parâmetros para subsidiar o planejamento das atividades assistenciais do INAMPS (BRASIL, 1982).

Dessa forma, foram estabelecidos dois parâmetros: o de cobertura – destinado a estimar as necessidades de assistência da população beneficiária; e o de produtividade – destinado a estimar a capacidade ótima de produção de serviços dos recursos assistenciais já existentes ou propostos (BRASIL, 1982).

Os parâmetros estabelecidos por esta portaria foram substituídos, em 2002, pela GM/MS nº 1.101, porém sem alteração de metodologia e parte deles sem modificação como, por exemplo, o relativo à necessidade de consultas especializadas de traumatologia, oftalmologia, psiquiatria, neurologia, entre outras especialidades (SOUZA; LAGES, 2012).

A Portaria GM/MS nº 1.101 foi publicada com o intuito de orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, auxiliar na elaboração do planejamento e da programação pactuada e integrada da assistência à saúde e colaborar para o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde no âmbito do SUS, focando a necessidade da oferta de serviços assistenciais (BRASIL, 2002).

No período que antecede a revisão de parâmetros operacionais contidos na Portaria GM/MS nº 1.101, de 2002, e considerando a descentralização um princípio constitucional do SUS, foram estabelecidas cinco normas operacionais que, além de definirem o processo de gestão dos serviços públicos de forma descentralizada, definiram os critérios de alocação de recursos, propondo a Programação Pactuada e Integrada, com a proposta de melhor atender às reais necessidades de cada região: as Normas Operacionais Básicas nº 01/91, nº 01/93, nº 01/96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde nº 01/01 e nº 02/02 (BRASIL, 2006).

A Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91 (NOB- SUS/91) definiu critérios de financiamento da atenção ambulatorial, internações e aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses, próteses ambulatoriais e internações hospitalares. Ela criou regras de gerenciamento do sistema para que os municípios tenham direito de receber os recursos com repasse direto ao prestador de acordo com produção aprovada. Para isso, instituiu os seguintes instrumentos: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APAC); Fator de apoio ao Estado

(FAE); Fator de Apoio ao Município (FAM) e Autorização de Internações Hospitalares (AIH). Os recursos da assistência ambulatorial passaram a ser calculados com base *per capita* (UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial). Os tetos quantitativos de internação são proporcionais à população e o teto financeiro de custeio passa a ser calculado através da multiplicação do quantitativo de internação pelo valor médio histórico de AIH. Observa-se, portanto, um critério para cada tipo de ação em saúde (BRASIL, 2007).

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93) institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Assim, o município, passa a gerenciar a saúde e, conseqüentemente, os recursos financeiros (BRASIL, 2007).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96) foi um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, concretizando a política de municipalização por meio do pleno exercício do poder municipal na função de Gestor da Saúde. Esta norma constituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e definiu que o financiamento do SUS é de responsabilidade de cada esfera de gestão. Ela reduziu a remuneração por produção e instituiu o Teto Financeiro Global (TGF), composto pelo Teto Financeiro Global do Estado (TGFE) e pelo Teto Financeiro Global Municipal (TGFM), ambos baseados na Programação Programada Pactuada (PPI) (BRASIL, 2007).

O mecanismo essencial para a estruturação do novo modelo consistiu no processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. Esse processo, nomeado desde então como Programação Pactuada Integrada (PPI), visava assegurar a explicitação do pacto entre os gestores; as relações intermunicipais, traduzindo as responsabilidades de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde; a reorganização das ações e serviços na lógica do novo modelo de atenção; e a reorganização da gestão do sistema, direcionando a alocação de recursos (UGÁ et al., 2003, p.421).

Esta norma detalha, também, a PPI, ressaltando que esta envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo-se como um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de apresentação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Além disso, caracteriza o processo de elaboração da programação pactuada

entre gestores e integrada entre esferas de governo. Ela se estabelece, ainda, de forma integral, considerando o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução dessas atividades. Dessa forma, a União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle, incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

Nesse processo, a atenção básica foi considerada a principal porta de entrada, de forma a estruturar as demais áreas, bem como viabilizar os fluxos estabelecidos através da PPI. Ela é baseada em áreas estratégicas, com o objetivo de definir novos parâmetros que não se baseiam somente nas séries históricas de produção (BRASIL, 2007).

Os procedimentos de média complexidade foram agregados à tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) em três blocos ou elencos (M1, M2 e M3). Para a alta complexidade, foram utilizados os grupos de procedimentos da tabela, sem alterações.

A programação das internações hospitalares foi definida com base nas especialidades clínicas disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Os procedimentos ou subgrupos que já eram, ou passaram a ser financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), não foram objeto de programação na PPI, não integrando os limites financeiros estaduais. Há ações que não estão vinculadas às áreas definidas como estratégicas, mas que demandam quantificação e alocação de recursos para sua execução. Portanto, elas devem ser orientadas pela estrutura da Tabela de Procedimentos. Cada grupo da tabela poderá ser desagregado em subgrupo, forma de organização ou procedimento, cabendo ao gestor optar pelo nível de agregação coerente com suas necessidades (BRASIL, 2007).

A programação da alta complexidade ambulatorial foi estruturada em dois subgrupos: procedimentos com finalidade diagnóstica e procedimentos para tratamento clínico que compõem redes de serviços. A programação da média e alta complexidade hospitalar se baseia nas a distribuição de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), por clínicas.

A programação das internações realizadas em leitos complementares também é orientada pela distribuição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2007).

Em geral, os recursos de pré ou pós-pagamentos são programados e pagos pelo nível federal. Entretanto, o custo real dos serviços muitas vezes extrapola os valores faturados ou estimados com base nas tabelas, cabendo aos gestores correspondentes a sua complementação, por meio de custeio direto ou indireto. Há uma tendência de rompimento com a lógica de pagamento por produção, a partir de novas modalidades de financiamento, um co-financiamento baseada em custeio com recursos estaduais e/ou municipais e federais (hospitais de pequeno porte, hospitais de ensino, centros de especialidades odontológicas) (BRASIL, 2007).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS/01) tem como principais objetivos o alcance da integralidade, da equidade e o cuidado à saúde. Nesta norma, o sistema de saúde municipal foi caracterizado como um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUS - Municipal), voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional, não necessitando que os estabelecimentos desse subsistema municipal sejam, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem terem sede no território do município (BRASIL, 2007).

Na Norma Operacional de Assistência à Saúde 02/ 2002 (NOAS 02/02) definiu-se o processo de regionalização da assistência, traçando diretrizes para a criação do Plano Diretor de Regionalização, com a perspectiva de que o acesso dos cidadãos seja o mais próximo possível de sua residência. Dividiu-se os estados em região de saúde, módulo assistencial, município sede do módulo assistencial, município polo e unidade territorial de qualificação na assistência à saúde para organização do sistema no âmbito estadual. Ampliaram-se as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo como estratégia o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial e do diabete *mellitus*, a saúde da criança, da mulher e a saúde bucal (BRASIL, 2007).

Para fortalecer a capacidade de gestão do SUS, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde coordenaria o processo de programação da assistência, devendo os estados encaminharem as programações pactuadas de cada município. Os estado coordenaria a PPI que deveria nortear a locação de recursos federais, definindo os limites financeiros para todos os municípios do estado. Esse limite financeiro é composto por recursos destinados ao atendimento da população própria e da referenciada com as negociações expressas na PPI (BRASIL, 2007).

A NOAS 02/02 pressupõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população (BRASIL, 2007).

Em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ele objetivava a adesão solidária e cooperativa dos Termos de Compromisso de Gestão com pactuação de metas e indicadores em substituição do processo de habilitação dos estados e municípios, a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e a integração das diversas formas de repasse de recursos (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a prestação de serviços do SUS foi formalizada a partir de contratos, o que se denominou de Contratualização do SUS. Estes contratos têm o objetivo de definir volume de serviço contratado, elementos de controle e acompanhamento, metas, preço dos serviços por tipo e natureza, forma de pagamento, forma de prestação de contas da aplicação dos recursos (BRASIL, 2007).

Paralelo ao processo de contratualização, as Tabelas do Sistema de Procedimentos Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Pagamento Hospitalar (SIH), contemplados pelo SUS com seus valores, foram unificadas pela Portaria GM/MS nº. 2.848, de 6 de novembro de 2007. Nesse contexto, foi também instituída a Política Nacional de Regulação, focada em estabelecer recursos financeiros para a implementação e custeio dos Complexos Reguladores, no desenvolvimento de instrumentos para a operacionalização dos Complexos Reguladores e no Programa de

Capacitação Permanente de Recursos Humanos. A partir desta política, foram implantados nos estados os Complexos Reguladores, que são compostos por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação. Estas são responsáveis por receber as solicitações de atendimento, processar e agendar (BRASIL, 2006).

Entretanto, a ação Reguladora do Estado ainda é incipiente para garantir o acesso eficiente aos serviços de saúde e enfrenta problemas de acesso ao atendimento, tendo em vista as incongruências dos valores estabelecidos nos contratos administrativos e as quantidades de procedimentos pactuadas por meio da PPI. Isso pode levar a conflitos gerenciais e políticos entre estabelecimentos de saúde, o município e o estado, podendo extrapolar, dessa forma, o teto financeiro, ou seja, o município necessita pagar além do que recebeu de recursos fundo a fundo os tratamentos excedentes. Isso causa um desequilíbrio financeiro nos prestadores de serviço e um endividamento do município ou estado. Para complementar o orçamento, o estado contribui com recursos por meio da Câmara de Compensação, normatizada pela Deliberação CIB-SUS 404, de dezembro de 2007. Estes recursos são disponibilizados com os objetivos de reajustar o custo médio das internações hospitalares de média complexidade e ressarcir o que extrapolar nas internações de média complexidade que se referem aos atendimentos das referências realizados, além do pactuado ou não pactuados na PPI. (BRASIL, 2007).

As ações judiciais têm gerado impacto no orçamento público e nas políticas de saúde, uma vez que pressiona o investimento em ações de saúde não programadas e altera o fluxo de acesso e cobertura aos serviços de saúde ao atender prioritariamente os indivíduos que solicitaram o atendimento por meio do Judiciário. Isso gerou reações dos poderes legislativo e executivo.

2.3.2 Novo marco regulatório: Lei nº 12401/11 e o Decreto nº 7508/11

A formulação da Lei nº 12401 de 28 de abril de 2011 que acrescenta o capítulo VIII no título II – do Sistema Único de Saúde, na lei 8.080 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Nela a assistência terapêutica é definida como a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, que estejam em conformidade com os protocolos clínicos ou nas relações de medicamentos estabelecida pelos gestores de cada esfera governamental – federal, estadual e municipal - e a oferta de procedimentos terapêuticos em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar definidos em tabelas elaboradas pelo gestor federal.

Foram atribuídas à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS as funções de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos ou procedimentos na relação de medicamentos contemplados pelo SUS e estabelecidos os critérios de incorporação de tecnologias.

Por fim, são vetados em todas as esferas de gestão do SUS o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na ANVISA.

Em 29 de junho de 2011 foi publicado no Diário Oficial o Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8080. Dentre as regulamentações, neste decreto alguns conceitos são definidos ou esclarecidos, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1- Conceitos definidos ou esclarecidos pelo Decreto 7508 que regulamenta a Lei Orgânica 8.080/90

| Descrição | Conceito |
|--|--|
| Região de Saúde | Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. |
| Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde | Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede |

Quadro 1- Conceitos definidos ou esclarecidos pelo Decreto 7508 que regulamenta a Lei Orgânica 8.080/90 (CONTINUAÇÃO)

| | |
|--|--|
| | regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. |
| Portas de Entrada | Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. |
| Comissões Intergestores | Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS |
| Mapa da Saúde | Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; |
| Rede de Atenção à Saúde | Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. |
| Serviços Especiais de Acesso Aberto | Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; |
| Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica | Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. |

Fonte: Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Dentre estes conceitos reafirma-se a regionalização do sistema e a importância da formação de redes para garantia da integralidade da assistência à saúde, bem como esclarece que a porta de

entrada ao sistema não é em única esfera e sim os serviços iniciais de atendimento, que variam de acordo com a rede e a regionalização.

Considerando o conceito de rede como a relação interacional entre os atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e admite que a cooperação seja a melhor maneira de alcançar as metas comuns, de acordo com as relações políticas interacionais, a estrutura, as características da regionalização e a forma de acesso, tende a ser adaptado às características das redes. Portanto, não há um único fluxo ou meio de acesso, cada região construirá o seu fluxo de acordo com a sua rede (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Essa regulamentação surge no momento em que o Estado percebe que os profissionais da saúde compreendem melhor a organização constitucional e legal do SUS e os usuários reconhecem o direito à saúde que, de forma complexa, assegura o direito à vida. Ou seja, perceberam a necessidade de esclarecer determinadas lacunas da organização do sistema, do planejamento e assistência à saúde e à articulação interfederativa, diante da forte pressão exercida pelo Judiciário ao deferir as solicitações dos usuários (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a regulamentação objetiva contribuir para o esclarecimento à sociedade e aos órgãos de controle, Ministério Público e Poder Judiciário a respeito das responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, garantindo maior segurança jurídica nas relações interfederativas (BRASIL, 2011).

Para isso, o Decreto conceitua institutos necessários para a organização das ações e serviços de saúde, contribui para a transparência da gestão, enfatiza a necessidade de regionalização das ações e serviços de saúde, define a centralidade da atenção primária em saúde para o modelo assistencial como porta de entrada prioritária e organizadora da atenção.

Além disso, determina a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreenderá todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Outro aspecto importante é a consolidação

da assistência farmacêutica por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os medicamentos indicados à atenção básica em saúde e programas estratégicos do SUS.

Diante desse complexo sistema de alocação de recursos, com inúmeras tentativas de aperfeiçoamento para melhor atender as necessidades da população de forma mais eficiente, que facilite o acesso e amplie a cobertura dos serviços, este estudo pretendeu identificar as dificuldades de acesso e cobertura que ainda levam os usuários a reivindicarem esse direito via judicial.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares quanto à cobertura e acesso, descrevendo o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período de 1999 a 2009.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil das ações judiciais impetradas contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) entre 1999 e 2009, para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
- Classificar as ações judiciais por tipo, complexidade e modalidade conforme a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde e a Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar para Codificação de Procedimentos Médicos;
- Identificar a cobertura dos procedimentos judicializados pelo SUS e pela saúde suplementar;
- Relacionar os procedimentos judicializados com a Programação Pactuada Integrada (PPI Assistencial); os Indicadores de Cobertura (RIPSA) e os Indicadores de Desempenho do SUS (IDSUS).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, por meio da técnica de análise documental. O objeto de análise foi os processos judiciais individuais ou coletivos, que se encontravam na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, expedidos no período de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009. Os dados foram coletados no período de fevereiro a novembro de 2009, por membros do grupo de Economia da Saúde, por meio de um formulário previamente testado, estratificado em dez categorias: Identificação do processo, Processo Judicial, Beneficiários, Autor, Representante Judicial, Réu, Doença, Atendimento, Medicamentos e Outros pedidos (Procedimentos, materiais, equipamentos e outros) (ANEXO 1). O banco de dados assim constituído possui 6112 processos registrados referentes a medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, dentre outros.

Este estudo se insere na linha de pesquisa “Política de Saúde, Economia, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde” e faz parte do projeto de pesquisa “Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais em Minas Gerais” (PPSUS MS/CNPq/FAPEMIG/SES 2008-2009).

4.2 PERÍODO

Para a análise das ações impetradas contra a SES/MG foi considerado o período de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009.

4.3 POPULAÇÃO

Para a caracterização das ações, a população do estudo não esteve constituída pelos indivíduos propriamente, mas pelas ações que estes impetraram contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período estabelecido, solicitando procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

4.4 FONTE DE DADOS

Os dados foram coletados pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES/UFMG), para o projeto “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça” (CNPq/GPES/FM/UFMG), no período de fevereiro a novembro de 2009.

A coleta e a tabulação dos dados foram desenvolvidas pelo citado grupo, sendo realizadas consultas aos expedientes administrativos, na SES-MG. Os dados foram coletados por 12 estagiários dos cursos de Direito, Enfermagem, Farmácia e Medicina, por meio do preenchimento de um formulário próprio elaborado pela equipe de pesquisadores do GPES/UFMG (ANEXO I).

A partir desse banco de dados foram selecionados os processos referentes a procedimentos ambulatoriais e hospitalares nas modalidades pedidos de transporte para tratamentos, aplicação de medicamentos, consultas, terapias, exames, tratamentos fora do domicílio, internações em leitos comuns ou em CTI, cirurgias, transplantes, ações de promoção da saúde e perícias.

Os procedimentos selecionados foram identificados de acordo com as nomenclaturas correspondentes na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Tabela Unificada do SUS) versão julho 2012, que descreve os procedimentos cobertos pelo SUS. Esta tabela foi publicada pela portaria GM/MS nº. 2.848, de 6 de novembro de 2007, e está disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), no endereço eletrônico <<http://www.datasus.saude.gov.br>>.

A partir da consulta à Tabela Unificada do SUS foi elaborado um banco com a classificação por *grupo* (ações de promoção e prevenção, com finalidade diagnóstica, clínicos, cirúrgicos, transplantes de órgãos, tecidos e células, ações complementares da atenção à saúde), *subgrupo* (tipo e/ou área de atuação), forma de organização (parte do corpo), *modalidade de atendimento* (ambulatorial; hospitalar; hospital dia; hospitalar, hospital-dia; ambulatorial, hospital-dia; ambulatorial, hospitalar; ambulatorial, atendimento domiciliar; ambulatorial, hospitalar, hospital-

dia), *complexidade* (baixa, média e alta) e *cobertura no ano do processo* (histórico, código de origem SIA/SIH).

Os procedimentos não identificados na Tabela Unificada do SUS foram classificados na Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar para Codificação de Procedimentos Médicos (Tabela TUSS, versão 3.00.00). Os procedimentos não identificados em nenhuma das tabelas foram agrupados nas seguintes categorias: internações, exames, cirurgias, tratamento fora do domicílio; perícias; custeio/reembolsos e “sem identificação”.

Tendo em vista que a Tabela Unificada do SUS passou a vigorar a partir de 2008, os procedimentos judicializados entre os anos de 1999 e 2007 foram identificados nas Tabelas de Atendimento Ambulatorial (SIA) e Atendimento Hospitalar (SIH), nas competências de janeiro e dezembro de cada ano.

4.5 VARIÁVEIS DE MEDIDA

As variáveis analisadas para descrição do perfil dos processos foram: Processo judicial (instância, data, tipo de ação, existência de pedido liminar, resultado do pedido, comarca); Beneficiário (sexo, profissão, idade, residência); Autor (tipo); Representante judicial (tipo); Réu (esfera da gestão); Doença (diagnóstico, conforme Classificação Internacional de Doenças - CID-10); Atendimento (tipo de profissionais, existência de relatório, origem do atendimento) e Procedimento (tipo, decisão judicial).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo foram considerados procedimentos cobertos pelo SUS os que atendiam aos seguintes critérios: possuir código de autorização na Tabela Unificada do SUS ou nas Tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

Foram considerados sem cobertura pelo SUS os procedimentos identificados na saúde suplementar (Tabela TUSS) e as solicitações de custeio e reembolso. Os pedidos “sem identificação” e as solicitações de perícias foram excluídas da avaliação de cobertura.

Para a avaliação de acesso foi observada a descrição do perfil das ações e analisado o Indicador de Desempenho do SUS (IDSUS) dos municípios que tiveram processos. A nota desse indicador foi composta por 24 indicadores. Selecionaram-se os quatro indicadores que correspondiam aos tipos de procedimentos judicializados em análise: razão média de procedimentos ambulatoriais de média complexidade; razão média de procedimentos clínicos de média complexidade; razão média de procedimentos clínicos de alta complexidade e razão média de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, para comparação das médias de desempenho por macrorregião em relação ao número de procedimentos solicitados.

Procedimentos que não seguíam a nomenclatura padrão da Tabela Unificada do SUS e que poderiam ser classificados com mais de um código foram identificados pelo código de maior valor monetário. Outros procedimentos relacionados a tratamentos foram considerados pacotes e classificados por um código principal.

Para comparar as demandas judiciais com a PPI e os Indicadores de Cobertura, os dados da programação foram identificados na Programação Pactuada Programada (PPI) disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais nas competências de julho de 2008 e 2009. Os dados de produção foram retirados na Rede Interacional de Informações para a saúde RIPSA, disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>. Foi selecionado os procedimentos do ano de 2009, ano em que se obteve informações em relação aos indicadores de cobertura da RIPSA e da PPI. Os indicadores da RIPSA são destinados à análise da situação de saúde referentes ao estado de saúde da população e aos fatores que a determinam. Na RIPSA, convencionou-se classificá-los em: (i) indicadores demográficos; (ii) indicadores socioeconômicos; (iii) indicadores de mortalidade; (iv) indicadores de morbidade e fatores de risco; (v) indicadores de recursos; e (vi) indicadores de cobertura.

O município analisado foi o Belo Horizonte, por ser o de maior frequência de solicitações judiciais e por apresentar informações nos dois sistemas de informação utilizados. Dessa forma, foram comparadas a programação de consultas especializadas, internações clínicas, obstétricas e cirúrgicas; e procedimentos de finalidade diagnóstica com os indicadores de produção: número de consultas médicas, número de internações hospitalares por especialidade (clínicas, obstétrica e cirúrgicas); Número de procedimentos diagnósticos (número de exames de patologia clínica e número de exames imagenologia).

Os resultados também foram discutidos com os Indicadores de Resolubilidade, descrito por Lélis (2012) como um indicador que permite verificar se a população tem acesso aos procedimentos demandados próximo ao local em que residem.

Os resultados descritivos foram obtidos utilizando frequências e porcentagens para as características das diversas variáveis categóricas e obtenção de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Foi verificada correlação entre o número de processos por população dos municípios e o número de procedimentos por nota obtida nos quatro indicadores de desempenho analisados pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um indicador síntese, que faz uma aferição do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao **acesso** (potencial ou obtido) e à **efetividade** da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Para a comparação de proporção das doenças por grupo foi utilizado o Qui Quadrado de Pearson. Considerou-se um nível de significância de 5%. A análise foi realizada por meio do *software* SPSS, versão 18.0.

4.7 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A fim de se manter a elegibilidade do estudo, tendo em vista a necessidade de conhecimento específico das nomenclaturas dos procedimentos, as classificações realizadas por meio das Tabelas consultadas foram revistas por três consultores independentes: um profissional médico servidor do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, um profissional médico colaborador da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e uma enfermeira, profissional da Saúde Suplementar.

4.8 LIMITAÇÕES

O presente estudo tem como limitação as incompletudes inerentes à fonte pesquisada (expedientes administrativos e documentais dos processos judiciais), que levaram a perdas nas variáveis - idade, ocupação e diagnóstico da doença. Também vale notar que, ao deferir um tratamento, nem sempre é detalhado pelo juiz ou médico o conjunto de procedimentos que o constituem. Dessa forma, é preciso considerar que o volume total de procedimentos pode estar subestimado.

4.9 CONFIDENCIALIDADE

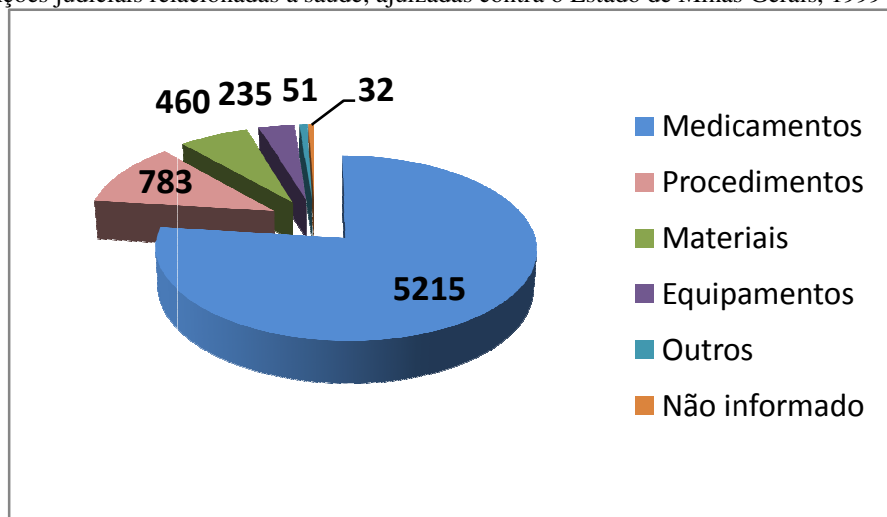
Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo foram protegidos. Como este estudo trabalhou com o mesmo banco de dados utilizado no projeto “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça” (CNPq/GPES/FM/UFMG), foi utilizado o mesmo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, emitido em 24 de setembro de 2008 - Parecer N° ETIC 292/08, conforme Anexo II.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS

O universo das ações judiciais impetradas contra o Estado de Minas Gerais entre os anos de 1999 e 2009 compreendeu 6112 demandas entre medicamentos, procedimentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos e outros, tais como (ampliação de profissionais e de leitos, danos morais, pensão vitalícia). As demandas por procedimentos ambulatoriais e hospitalares compreendem 12,8% dos processos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Ações judiciais relacionadas à saúde, ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=6112



Fonte: Elaboração própria.

Nos 783 processos que solicitavam procedimentos, também houve pedidos de medicamentos (12,4%), materiais (2,7%), equipamentos (1,8%) e outros (0,8%).

Houve maior frequência de ações individuais judicializadas em 1ª instância (95,5%) e de pedidos de liminares (98%). A maioria das liminares foi deferida (71%). Entretanto, 15 decisões favoráveis foram suspensas. Houve maior frequência de beneficiários como autores das ações. O Ministério Público, porém, foi autor em mais de um terço delas. As representações judiciais públicas ou gratuitas, somadas às sem representação, totalizam 50%. O Estado figurou como réu em 100% das ações. Em 63% dessas ações, também foram responsabilizados os municípios.

Predominaram os registros de Defensoria Pública em relação à razão social dos representantes jurídicos (Tabela1).

Tabela 1 - Perfil dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009

| Variável | N | % |
|---|----------|----------|
| Pedido (n=783)^a | | |
| Procedimentos | 783 | 100,0 |
| Medicamento | 97 | 12,4 |
| Materiais | 21 | 2,7 |
| Equipamento | 14 | 1,8 |
| Outros | 6 | 0,8 |
| Instância da petição inicial (n=783)^a | | |
| Fórum | 571 | 72,9 |
| Federal especial | 95 | 12,1 |
| Federal | 79 | 10,1 |
| Tribunal | 35 | 4,5 |
| Federal itinerante | 3 | 0,4 |
| Tipo de ação proposta (n=783)^a | | |
| Ação civil pública | 107 | 13,7 |
| Ação ordinária | 573 | 73,2 |
| Mandado de segurança | 69 | 8,8 |
| Outros | 34 | 4,3 |
| <i>Ação cautelar</i> | 5 | 0,6 |
| <i>Ação cautelar inominada</i> | 16 | 2,0 |
| <i>Ação de indenização</i> | 4 | 0,5 |
| <i>Medida específica de proteção</i> | 3 | 0,4 |
| <i>Pedido de Providência</i> | 2 | 0,3 |
| <i>Requisição judicial</i> | 1 | 0,1 |
| <i>Não informado</i> | 3 | 0,4 |
| Pedido de liminar (n=783) ^a | 771 | 98,5 |
| Suspensão da decisão | 21 | 2,7 |
| Deferimento | 548 | 71,1 |
| Indeferimento | 109 | 14,1 |
| Deferimento parcial | 48 | 6,2 |

Tabela 1 - Perfil dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009 (CONTINUAÇÃO)

| | | |
|--|-----|-------|
| Sem Decisão | 66 | 8,6 |
| Autor (n=785) ^a | | |
| Beneficiário | 483 | 61,5 |
| Ministério Público Estadual | 242 | 30,8 |
| Ministério Público Federal | 58 | 7,4 |
| Defensoria Pública | 1 | 0,1 |
| Município | 1 | 0,1 |
| Tipo de representante judicial do autor (n=851) ^a | | |
| Advogado | 267 | 49,1 |
| Defensor Público | 180 | 33,1 |
| Sem representação | 87 | 16,0 |
| Núcleo de assistência jurídica | 10 | 1,8 |
| Não informado | 8 | - |
| Não se aplica | 299 | - |
| | 457 | |
| Réu da petição (n=793) ^a | | |
| Estado | 783 | 100,0 |
| Município | 495 | 63,2 |
| União | 179 | 22,9 |
| Hospitais | 30 | 3,8 |
| Razão Social dos representantes (n=851) ^a | | |
| Defensoria Pública do Estado | 178 | 63,1 |
| Escritório de advocacia | 43 | 15,2 |
| Núcleo de prática jurídica | 10 | 3,5 |
| Defensoria Pública da União | 1 | 0,4 |
| Outro | 49 | 17,4 |
| Não informado | 570 | - |

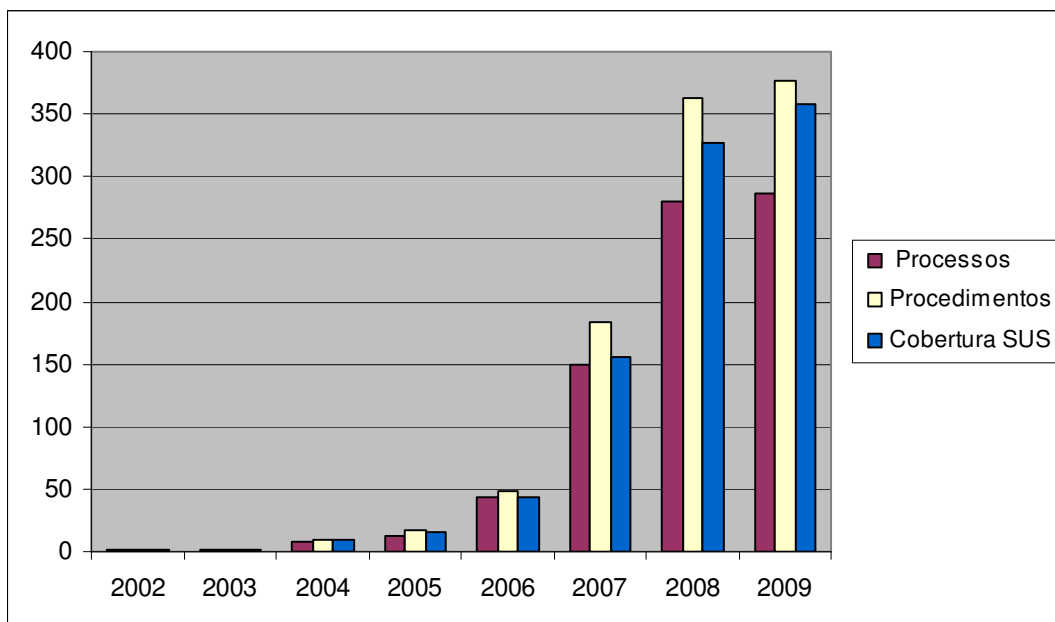
^aPara cada variável admite-se mais de um resultado.

^b O Ministério Público é autor e representante da ação.

Fonte: Elaboração própria.

Dos 783 processos, foram registradas 1002 solicitações de procedimentos. A maior demanda por procedimento foi no triênio 2007-2009 (80,8%). Foi observada cobertura de 93,5% desses procedimentos pelo SUS (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Relação processos/ procedimentos ambulatoriais e hospitalares/cobertura SUS ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009



Fonte: Elaboração própria.

Em 737(98,2%) processos, os pedidos de liminares foram realizados no mesmo dia da ação, com média de 2,4 dias (dp \pm 27,6) e deferidos em até seis meses em 381(63,1%) processos, média 32,2 dias (dp112,1) (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo para Decisão Judicial: liminar, deferimento, deferimento parcial e suspensão dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=751

| Tempo | Liminar | % | Deferimento | % | Deferimento Parcial | | Suspensão | |
|-----------------|---------|-------|-------------|------|---------------------|------|-----------|------|
| | | | | | | % | | % |
| 1 dia | 737 | 98,2 | 183 | 30,3 | 18 | 41,9 | 0 | 0,0 |
| Até 6 meses | 9 | 1,2 | 382 | 63,3 | 20 | 46,5 | 11 | 61,1 |
| 6 a 12 meses | 1 | 0,1 | 26 | 4,3 | 4 | 9,3 | 5 | 27,8 |
| 12 meses e mais | 4 | 0,5 | 12 | 2,0 | 1 | 2,3 | 2 | 11,1 |
| Total | 751 | 100,0 | 603 | 100 | 43 | 100 | 18 | 100 |

Fonte: Elaboração própria.

5.2 PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS

O número de beneficiários das ações foi 908, havendo diferença entre o número de ações e beneficiários devido a casos em que uma única ação contempla vários indivíduos. Entretanto,

somente 3% dos pedidos tiveram mais de um autor. Observou-se maior representação por homens (54,1%) e beneficiários com idade acima de 50 anos (58,8%). A maioria dos beneficiários não se enquadra na Classificação Brasileira de Ocupações (86%), em que predominam aposentados e donas de casa. Dentre as organizações de origem da demanda do procedimento, predominaram as entidades beneficentes sem fins lucrativos e as administrações diretas da saúde (unidades de saúde municipais e estaduais) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos beneficiários dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009

| Variável | N | % |
|---|----------|----------|
| Sexo (n=908)^a | | |
| Feminino | 411 | 45,9 |
| Masculino | 484 | 54,1 |
| Não informado | 14 | - |
| Faixa etária (n=908)^a | | |
| 0 a 9 anos | 41 | 9,1 |
| 10 a 19 anos | 42 | 9,3 |
| 20 a 29 anos | 23 | 5,1 |
| 30 a 39 anos | 33 | 7,3 |
| 40 a 49 anos | 47 | 10,4 |
| 50 a 59 anos | 57 | 12,7 |
| 60 ou mais | 207 | 46,1 |
| Não informado | 530 | - |
| Ocupação (n=908)^a | | |
| Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares | 2 | 0,6 |
| Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes | 7 | 2,2 |
| Profissionais das ciências e das artes | 10 | 3,1 |
| Técnicos de nível médio | 15 | 4,6 |
| Trabalhadores de serviços administrativos | 3 | 0,9 |
| Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados | 52 | 16,1 |
| Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca | 6 | 1,9 |

Tabela 3 - Perfil dos beneficiários dos processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009 (CONTINUAÇÃO)

| | | |
|---|-----|------|
| Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais | 30 | 9,3 |
| Trabalhadores de manutenção e reparação | 2 | 0,6 |
| Aposentado | 102 | 31,5 |
| Estudante | 18 | 5,6 |
| Dona de casa | 55 | 17,0 |
| Sem profissão | 1 | 0,3 |
| Desempregado | 20 | 6,2 |
| Não informado | 585 | - |
| Natureza da organização (n=981) ^a | | |
| Administração direta da saúde, MS, SES e SMS | 35 | 20,1 |
| Administração direta de outros órgãos, MEC, marinha, outros | 15 | 8,6 |
| Administração indireta autarquias | 29 | 16,7 |
| Administração indireta fundação pública | 4 | 2,3 |
| Cooperativa | 1 | 0,6 |
| Empresa privada | 29 | 16,7 |
| Entidade beneficente sem fins lucrativos | 56 | 32,2 |
| Fundação privada | 2 | 1,1 |
| Serviço social autônomo | 3 | 1,7 |
| Não se aplica | 162 | - |
| Não informado | 641 | - |

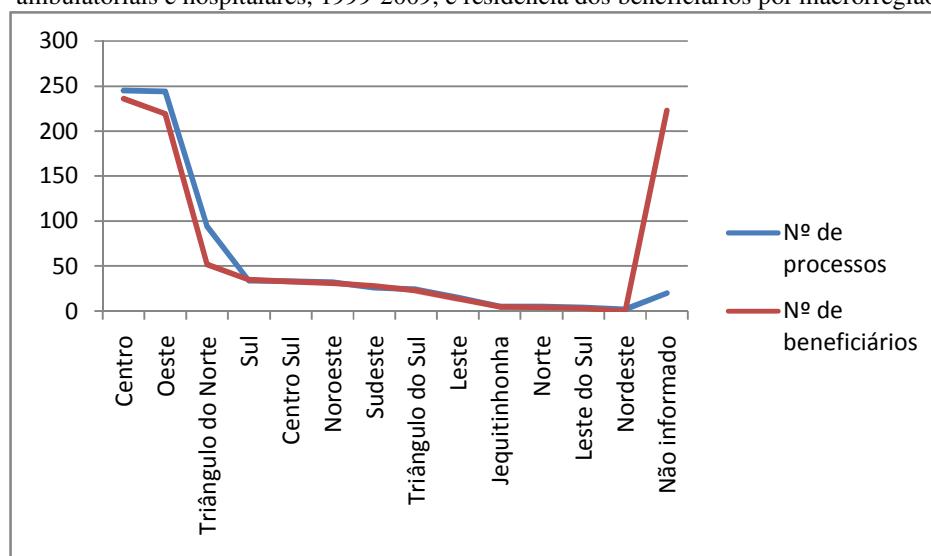
Fonte: Elaboração própria.

^a 3% dos processos tiveram mais de um autor

5.3 ORIGEM DOS PROCESSOS

As comarcas que mais registraram os processos foram da macrorregião Centro (32,1%) e a Oeste (32,0%), predominando nas cidades de Belo Horizonte (155) e Uberlândia (91) (Apêndice A). Em 43 (44%) comarcas foi registrado apenas um processo. A maioria dos beneficiários residia na mesma cidade da comarca (97%). Os beneficiários residiam principalmente nas macrorregiões Centro (26,4%) e Oeste (23,9%). As cidades com maior número de beneficiários foi Belo Horizonte (129), Divinópolis (150) e Uberlândia (49) (Gráfico 3).

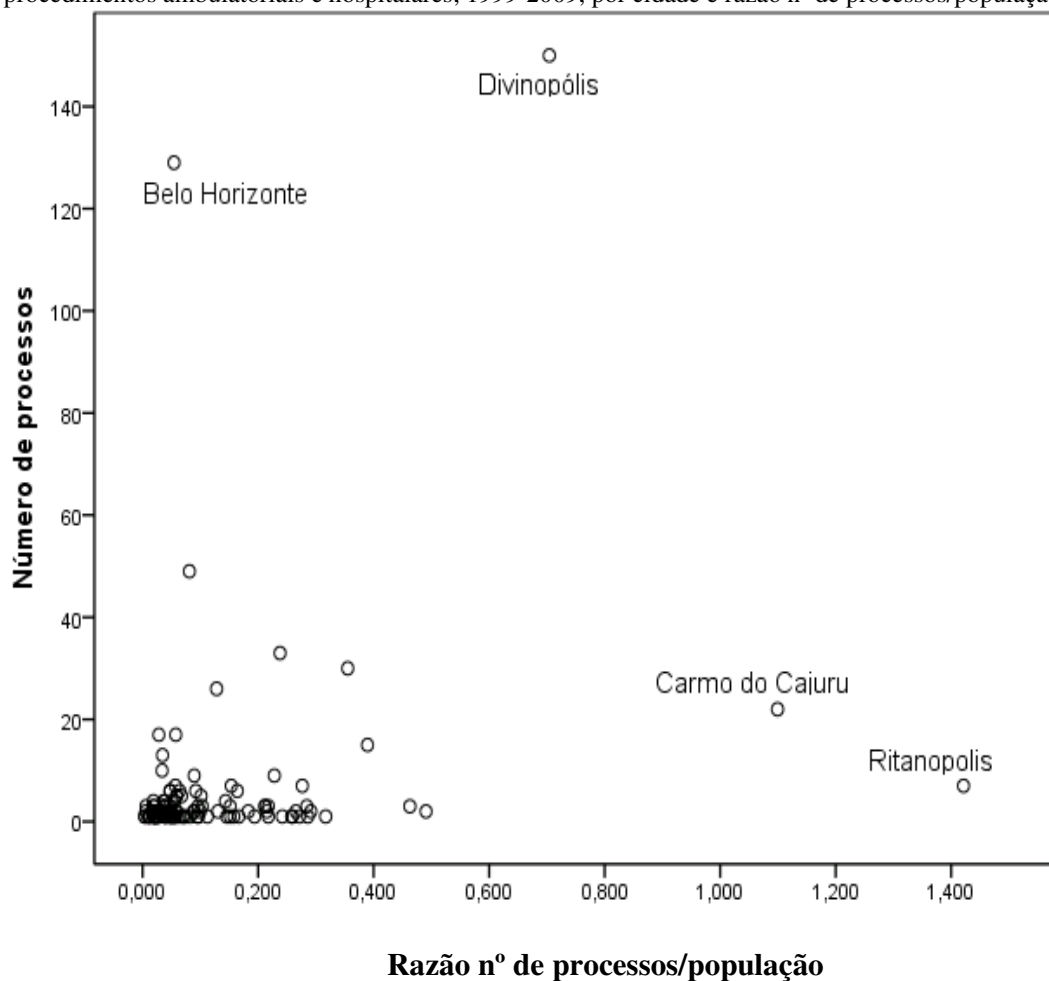
Gráfico 3 - Relação processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, 1999-2009, e residência dos beneficiários por macrorregião



Fonte: Elaboração própria.

A concentração de processos na capital e em Divinópolis tem correlação com crescimento populacional ($0,520 - p < 0,001$). Porém, ao analisar a razão de processos pela população, cidades como Carmo do Cajuru e Ritanópolis, apresentaram uma maior proporção de processos que Belo Horizonte e Divinópolis (Gráfico 4).

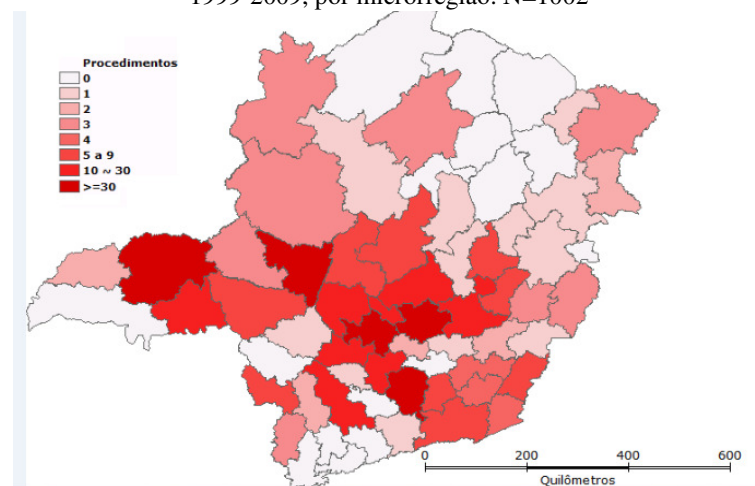
Gráfico 4 - Relação número de processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, 1999-2009, por cidade e razão n° de processos/população



Fonte: Elaboração própria.

As microrregiões de Belo Horizonte, Divinópolis e Uberlândia foram as que mais tiveram solicitações de procedimentos (mais que 30 processos) (Figura 1).

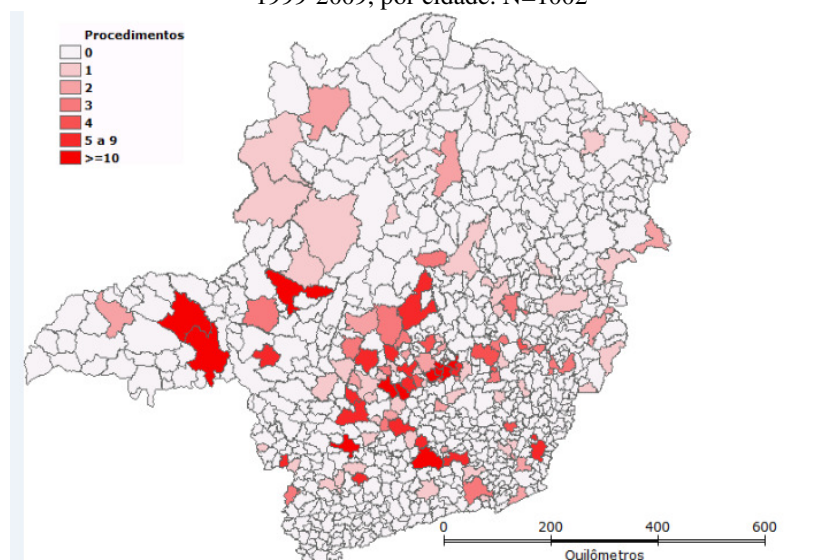
Figura 1 - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares demandados via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, por microrregião. N=1002



Fonte: Elaboração própria.

Foram identificadas solicitações de procedimentos em 114 cidades, as quais representam 14,1% de Minas Gerais. Em 52 cidades foi solicitado apenas um procedimento e os procedimentos não cobertos foram solicitados em 26 cidades. As cidades de Belo Horizonte, Divinópolis e Uberlândia foram as que mais tiveram solicitações judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. As cidades de Belo Horizonte, Divinópolis, Patos de Minas, Varginha, Uberaba, Itabira, Formiga e Oliveira tiveram mais que 10 solicitações de procedimentos (Figura 2).

Figura 2 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares demandados via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, por cidade. N=1002



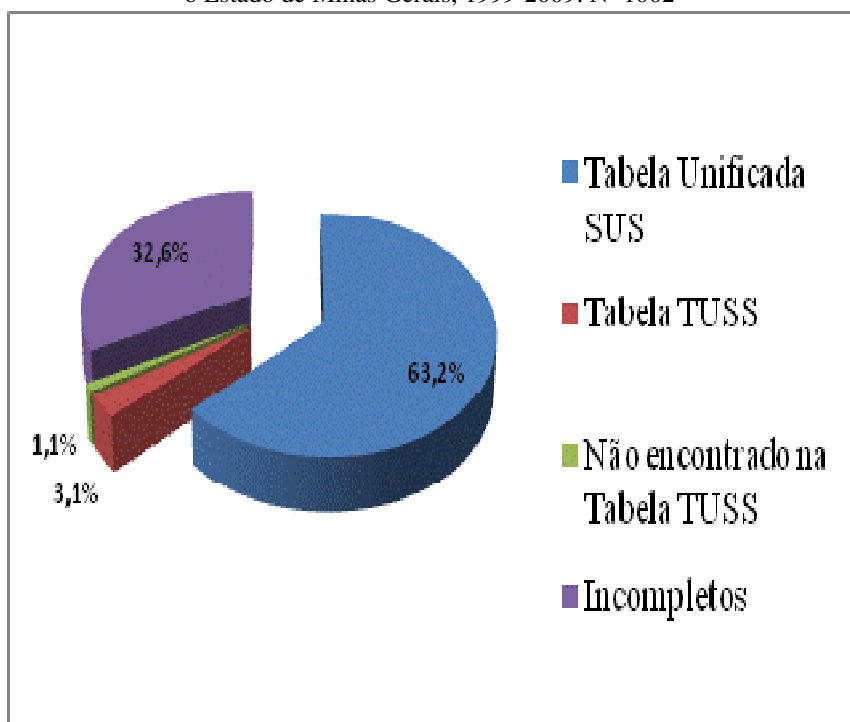
Fonte: Elaboração própria.

5.4 CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

O gráfico 5 representa a descrição geral dos procedimentos agrupados por categorias conforme identificação na Tabela Unificada SUS e na Tabela TUSS. Os 1002 procedimentos demandados foram descritos em 4 categorias: identificados na Tabela Unificada do SUS (633); Identificados na Tabela TUSS (31); não identificados na Tabela TUSS (11); incompletos (327).

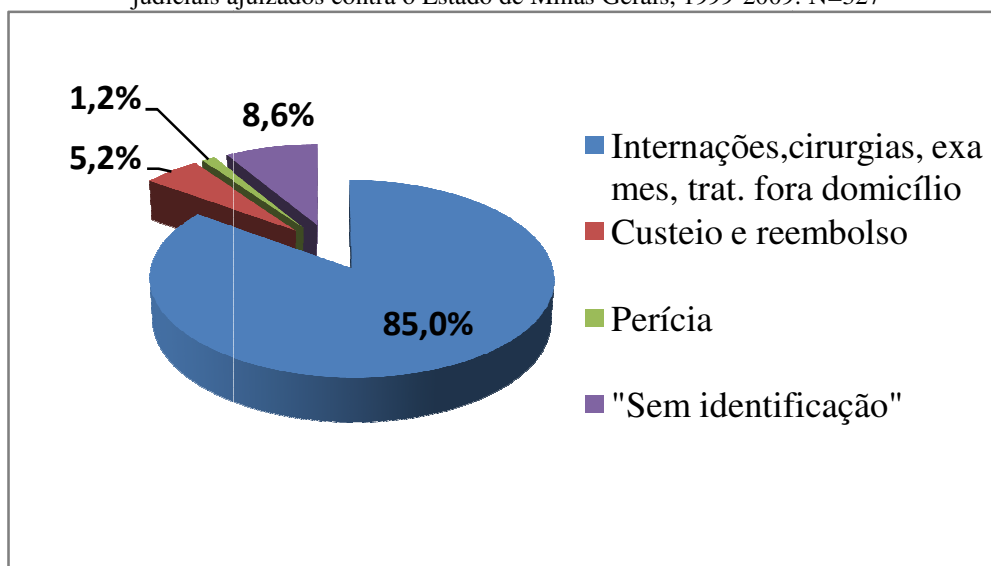
O gráfico 6 representa a descrição dos procedimentos classificados como incompletos, que foram agrupados nas categorias: internações, cirurgias, exames e tratamento fora do domicílio (278), custeio e reembolso (17), perícia (4) e “sem identificação” (28).

Gráfico 5 – Descrição Geral dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=1002



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 6 – Classificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares descritos como incompletos dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009. N=327



Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos procedimentos classificados pela Tabela Unificada do SUS, a maioria era de média complexidade (54,4%), com diferenças estatisticamente significantes quando comparados

por grupo de procedimento ($p < 0,001$). Observou-se que 80,8% dos procedimentos clínicos eram de média complexidade e 53,6% dos procedimentos cirúrgicos eram de alta complexidade (Tabela 4).

Dos 1002 procedimentos avaliados 907 (93,6%) tinham cobertura pelo SUS. Esse resultado compreende 630 procedimentos classificados na Tabela Unificada do SUS e 278 solicitações de internações, cirurgias, exames e tratamento fora do domicílio que foram incluídas por serem descrições gerais que remetem ao pedido de acesso a esses atendimentos. Somente dois procedimentos classificados na Tabela Unificada do SUS não eram cobertos no ano do processo (Estudo Eletrofisiológico 1; Redesignação Sexual, 2).

Dos 63 procedimentos não cobertos pelo SUS, 17 são solicitações de custeio e reembolsos, 31 possuem cobertura pela Saúde Suplementar; 11 não possuem cobertura nos dois seguimentos. Não foi possível considerar no cálculo de cobertura as solicitações de perícias e as descrições classificadas como sem identificação (Tabela 4).

Na classificação dos procedimentos por modalidade, foram agrupadas todas as designações contendo hospitalar, totalizando 77%. A maior parte dos pedidos foi deferida. Os pedidos indeferidos se classificaram nos seguintes grupos: cirúrgico (29,1%), finalidade diagnóstica (15,6%), clínico (14,9%) e ações complementares da atenção à saúde (5,97%), transplantes de órgãos, tecidos e células (14,25%). Os municípios foram os que mais financiaram os pedidos (52,2%) e o Estado financiou 42,2%. Em 98,4% dos pedidos, o procedimento foi solicitado pelo médico e somente em 40,1% há um relatório médico, justificando a necessidade de realização do procedimento (Tabela 4).

Quanto ao financiamento dos pedidos deferidos, os municípios foram responsáveis por 52,2% dos pedidos, o Estado por 42,%, e a União, por 2,8%. É importante destacar que hospitais, Central de Regulação e um plano de saúde também foram responsáveis pelo financiamento de alguns pedidos (2,5%). Os profissionais médicos solicitaram 98,4% dos pedidos. Em 42% das ações foram encontrados relatórios médicos (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009

| Características | N | % |
|---|----------|----------|
| Complexidade (n=633)^a | | |
| Baixa | 23 | 4,5 |
| Média | 259 | 51,1 |
| Alta | 226 | 44,4 |
| Cobertura (n=1002) | | |
| Sim | | |
| Tabela SUS | 630 | 64,9 |
| Internações, cirurgias, exames | 278 | 28,7 |
| Não | | |
| Custeios e Reembolsos | 17 | 1,8 |
| Tabela TUSS e não encontrados Tabela TUSS | 43 | 4,4 |
| Tabela Unificada do SUS | 3 | 0,2 |
| Não se aplica (perícias e incompletos) | 32 | – |
| Modalidade (n=633)^a | | |
| Ambulatorial | 139 | 22,2 |
| Hospitalar | 285 | 45,6 |
| Hospitalar dia | 0 | 0 |
| Hospital, Hospitalar dia | 29 | 4,6 |
| Ambulatorial, Hospitalar dia | 3 | 0,5 |
| Ambulatorial, Hospitalar | 3 | 0,5 |
| Ambulatorial, Atendimento domiciliar | 8 | 1,3 |
| Ambulatorial, Hospitalar, Hospitalar dia | 161 | 25,8 |
| | 4 | 0,6 |
| Ambulatorial, Hospitalar, Hospitalar dia, Atendimento domiciliar | | |
| Decisão Judicial (n=1002) | | |
| Ainda não há decisão | 45 | 4,7 |
| Entrega do pedido | 760 | 78,8 |
| Indeferimento (liminar ou sentença) | 134 | 13,9 |

Tabela 4 - Classificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009 (CONTINUAÇÃO)

| | | |
|---|-----|------|
| Não se aplica | 12 | - |
| Não informado | 25 | - |
| Fornecimento (n=760)^b | | |
| União | 21 | 2,8 |
| Estado | 321 | 42,2 |
| Município | 397 | 52,2 |
| Hospitais | 16 | 2,1 |
| Outro | 5 | 0,7 |

^aTabela Unificada SUS

^b Em relação aos deferimentos

Fonte: Elaboração própria.

Os procedimentos mais solicitados foram Internação (135), Internação em CTI (90), Ressonância Magnética (35), Consulta em Atenção Especializada (33), Gastroplastia (25), Implante de Marca-passo de Câmara Dupla (24), Tratamento em Psiquiatria (14), Artroplastia de Quadril e Joelho (11) e Injeção Intra-Vítreo (10), respectivamente.

Conforme a descrição na Tabela Unificada do SUS predominaram os grupos de procedimentos cirúrgicos (37,2%) e com finalidade diagnóstica (26,6%). Dentre os subgrupos, destacou-se o de ações relacionadas ao atendimento (14,2%), sendo a internação em CTI (90) o segundo procedimento mais judicializado e as ressonâncias magnéticas, o terceiro procedimento mais frequente. Também merecem destaque os subgrupos aparelho circulatório (11,2%), consultas/atendimentos (9,3%) e aparelho de visão (7%), sistema osteomuscular (6,3%), que atingiram maiores percentuais de demanda (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme classificação na Tabela Unificada do SUS N= 633

| Grupo/Subgrupo | N | % |
|---|----------|----------|
| Ações de promoção e prevenção à saúde (n=1-0,2%) | | |
| Ações coletivas/individuais em saúde | 1 | 0,2 |

Procedimentos com finalidade diagnóstica (168-26,6%)

| | | | |
|--------------------------------|---|----|-----|
| Coleta | Tabela 5 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos | 4 | 0,6 |
| Labores | judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme | 20 | 3,2 |
| Anatomia | classificação na Tabela Unificada do SUS N= 633 (CONTINUAÇÃO) | 7 | 1,1 |
| Ultrassonografia | | 14 | 2,2 |
| Tomografia | | 10 | 1,6 |
| Ressonância magnética | | 35 | 5,5 |
| Medicina nuclear em vivo | | 12 | 1,9 |
| Endoscopia | | 16 | 2,5 |
| Radiologia intervencionista | | 9 | 1,4 |
| Diagnósticos em especialidades | | 39 | 6,2 |
| Teste rápido | | 2 | 0,3 |

Procedimentos clínicos (n=106-16,8%)

| | | | |
|--|--|----|-----|
| Consultas/Atendimentos | | 59 | 9,3 |
| Fisioterapia | | 8 | 1,3 |
| Tratamentos clínicos (outras especialidades) | | 33 | 5,2 |
| Tratamento em oncologia | | 4 | 0,6 |
| Terapias especializadas | | 2 | 0,3 |

Procedimentos cirúrgicos (n=236-37,2%)

| | | | |
|---|--|----|------|
| Pequenas cirurgias e cirg. Pele, tec. Subcutâneo e mucosa | | 1 | 0,2 |
| Glândulas endócrinas | | 2 | 0,3 |
| Sistema nervoso central e periférico | | 4 | 0,6 |
| Vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | | 14 | 2,2 |
| Aparelho de visão | | 44 | 7,0 |
| Aparelho circulatório | | 71 | 11,2 |
| Aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal | | 36 | 5,7 |
| Sistema osteomuscular | | 40 | 6,3 |
| Aparelho geniturinário | | 10 | 1,6 |
| Mama | | 3 | 0,5 |
| Obstétrica | | 2 | 0,3 |
| Torácica | | 4 | 0,6 |
| Reparadora | | 1 | 0,2 |
| Cirurgias em oncologia | | 4 | 0,6 |

Transplantes de órgãos, tecidos e células (n=2-0,3%)

| | | | |
|---|--|---|-----|
| Transplantes de órgãos, tecidos e celulas/células | | 2 | 0,3 |
|---|--|---|-----|

Ações complementares da atenção à saúde (n=120-19%)

| | | | |
|-----------------------------------|--|----|------|
| Ações relacionadas ao atendimento | | 90 | 14,2 |
| Autorização/ Regulação | | 30 | 4,7 |

Total 633 100,0

Fonte: Elaboração própria.

Não foram encontrados na Tabela SUS 42 procedimentos e 31(65,1%) deles foram encontrados na Tabela TUSS. Os procedimentos mais solicitados na Tabela TUSS foram *Pet Scan* (19%), Angioplastia com *Stent* Farmacológico (16,7%) e Oxigenoterapia Hiperbárica (11,9%). Como a versão consultada dessa tabela foi do ano de 2012, não é possível relacionar a incorporação desses procedimentos ao ano de entrada dos processos (Tabela 6).

Ainda em relação à tabela 6, vale ressaltar que, embora os procedimentos não tenham sido identificados na Tabela SUS com a nomenclatura registrada no processo, não deve ser descartada a possibilidade de estarem contidos nesta tabela com outra nomenclatura.

Tabela 6 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme classificação pela Tabela TUSS. N= 42

| Descrição | N | % |
|--|---|------|
| Tabela TUSS (n=31 - 74%) | | |
| <i>Pet Scan</i> | 8 | 19,0 |
| Angioplastia com <i>Stent</i> Farmacológico | 7 | 16,7 |
| Oxigenoterapia Hiperbárica | 5 | 11,9 |
| Implante de Anel de Ferrara | 2 | 4,8 |
| Cirurgia Corretiva de Miopia e Astigmatismo | 2 | 4,8 |
| Tomografia de Coerência Óptica | 1 | 2,4 |
| Manometria Retal | 1 | 2,4 |
| Implante de Esfincter Artificial | 1 | 2,4 |
| Angiofluoresceinografia - monocular | 1 | 2,4 |
| Ablação por Radiofrequência | 1 | 2,4 |
| Não informado na Tabela TUSS (n=11 - 26%) | | |
| Implantação de Bomba de Infusão Contínua de Insulina | 4 | 9,5 |
| Técnicas de Fertilização | 2 | 4,8 |
| Tomografia Computadorizada Helicoidal | 1 | 2,4 |
| Cintilografia com Osteoscan | 1 | 2,4 |
| Ressonância Magnética Tridimensional | 1 | 2,4 |
| Transplante de Uretra | 1 | 2,4 |
| Tratamento de Reeducação Postural Global | 1 | 2,4 |

Fonte: Elaboração própria.

Dos procedimentos classificados pela Tabela Unificada, a média de valores pagos pelos procedimentos atualmente é de 1023,22 ± 4221,53. O valor mínimo é 0,63 (Aplicação de Medicamento) e o máximo 68.803,27 (Transplante de Fígado).

Em Belo Horizonte, no ano de 2009 foram solicitados 18. Dentre esses, foi possível comparar 9 procedimentos. Não estavam programados os procedimentos: Fotocoagulação a Laser (sem cobertura), Fototerapia, Tratamento Cirúrgico para Incontinência Urinária e Unidade de Remuneração P/ Deslocamento de Acompanhante por Transporte Aéreo (Cada 200 Milhas. Observa-se uma proporção dos procedimentos realizados consideravelmente maior nas consultas especializadas, internação cirúrgica e procedimentos de finalidade diagnóstica. (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre a programação e a produção dos procedimentos de média complexidade ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, de Belo Horizonte em 2008, conforme PPI e RIPS

| Grupo Procedimento | Proced. Judicializados | Procedimentos Programados judicializados | Quantidade Programada | Quantidade Produzida | Valor em R\$ Programado | Excedente Produzido (-) Programado | Diferença (%) Produzido/ Programado | Gasto Estimado |
|--------------------------|------------------------|--|-----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Consultas Especializadas | 2 | 1 | 1.152.098 | 5.230.379 | 11.520.975,8 | 4078281 | 354,0 | 1.260.444.766,75 |
| Internação cirúrgica | 2 | 1 | 78.921 | 86.343 | 60.371.760,4 | 7422 | 9,4 | 4.121.333.743,01 |
| Internação clínica | 1 | 1 | 90.313 | 61.653 | 53.751.603,1 | -28660 | -31,7 | 10.704.858.851,68 |
| Finalidade Diagnostica | 3 | 3 | 5.595.695 | 11.144.063 | 40.222.912,5 | 5548368 | 99,2 | 2.813.904.959,60 |
| Clínica Obstétrica | 1 | 1 | 44.747 | 31.304 | 25.164.656,7 | -13443 | -30,0 | 5.983.665.006,88 |
| Total | 9 | 7 | 6.961.774 | 16.553.742 | 191.031.908,5 | 9591968 | R\$ 400,77 | 24.884.207.327,91 |

*11 procedimentos não se aplicam (sem cobertura SUS, incompletos, transporte, ou diária CTI)

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), 624 (68,2%) procedimentos continham diagnósticos. Observou-se que as doenças mais frequentes eram do aparelho circulatório (26,5%); sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15%); endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,9%); olhos e anexos (7,4%); e neoplasias (7,2%). Os capítulos de doenças tiveram associação com a classificação por grupos ($p < 0,001$) (Tabelas 8 e 9). No apêndice B encontra-se a lista dos três diagnósticos mais frequentes por capítulo da CID-10. O diagnóstico mais registrado foi o Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 8 - Doenças registradas nas ações judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por classificação geral dos procedimentos. N= 1002

| CID-10* | Tabela unificada SUS | Internações, cirurgias, exames | Tabela TUSS | Não encontrado Tabela TUSS | Custeio e reembolso | Incompletos | Total |
|---|----------------------|--------------------------------|-------------|----------------------------|---------------------|-------------|-------------|
| Doenças do aparelho circulatório | 86 | 47 | 4 | 1 | 4 | 3 | 145 |
| Doenças do sistema nervoso | 25 | 4 | 0 | 2 | 0 | 3 | 34 |
| Doenças do olho e anexos | 39 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 46 |
| Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | 37 | 10 | 1 | 1 | 0 | 2 | 51 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 34 | 9 | 0 | 3 | 1 | 2 | 49 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 29 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 36 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 28 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 37 |
| Doenças do aparelho respiratório | 23 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 33 |
| Neoplasias (tumores) | 21 | 11 | 5 | 5 | 1 | 2 | 45 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 14 | 6 | 0 | 0 | 0 | 2 | 22 |
| Doenças do aparelho digestivo | 13 | 13 | 1 | 0 | 1 | 0 | 28 |
| Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas | 13 | 28 | 0 | 0 | 0 | 2 | 43 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastoide | 12 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| Malf. Cong. Deformid. e anomalias cromossômicas | 7 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat. | 7 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 15 |
| Algumas afec. originadas no período perinatal | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár. | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Gravidez parto e puerpério | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Contatos com serviços de saúde | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Não informado | 238 | 110 | 5 | 7 | 9 | 10 | 379 |
| Total | 632 | 278 | 20 | 23 | 17 | 28 | 1002 |

*p<0,01. Nível de significância de 5%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9 - Doenças registradas nas ações judiciais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, 1999 a 2009, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) por grupo da Tabela Unificada do SUS. N=624^a

| CID-10* | Ações de promoção e prevenção à saúde | Proced. com finalidade diagnóstica | Proced. clínicos | Proced. cirúrgicos | Transplantes de órgãos, tecidos e células | Ações complement. da atenção à saúde | Não classificados | Total |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|---|--------------------------------------|-------------------|------------|
| Doenças do sistema nervoso | 0 | 13 | 8 | 2 | 0 | 2 | 9 | 34 |
| Doenças do olho e anexos | 0 | 5 | 4 | 30 | 0 | 0 | 7 | 46 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastoide | 0 | 0 | 9 | 3 | 0 | 0 | 3 | 15 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 0 | 6 | 0 | 20 | 0 | 3 | 9 | 37 |
| Neoplasias (tumores) | 0 | 8 | 5 | 7 | 0 | 1 | 24 | 45 |
| Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár. | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 1 | 6 | 2 | 23 | 0 | 2 | 16 | 50 |
| Doenças do aparelho circulatório | 0 | 22 | 4 | 31 | 0 | 29 | 59 | 145 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 0 | 4 | 8 | 1 | 0 | 1 | 8 | 22 |
| Doenças do aparelho respiratório | 0 | 2 | 2 | 7 | 0 | 12 | 10 | 33 |
| Doenças do aparelho digestivo | 0 | 2 | 1 | 5 | 0 | 5 | 15 | 28 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo | 0 | 19 | 4 | 11 | 0 | 3 | 14 | 51 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 | 21 | 7 | 36 |
| Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas | 0 | 3 | 2 | 6 | 0 | 2 | 30 | 43 |
| Gravidez parto e puerpério | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Algumas afec. originadas no período perinatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 | 11 |
| Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat. | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 | 15 |
| Contatos com serviços de saúde | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 1 | 99 | 54 | 154 | 0 | 88 | 229 | 624 |

*p<0,01. Nível de significância de 5%

^a Em 8 solicitações não foram informadas as doenças

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar os Indicadores de Desempenho do SUS dos municípios em que houve processos, observou-se que os municípios da macrorregião Nordeste, onde foram registrados 37 pedidos de procedimentos, alcançaram a menor média de desempenho em relação às demais macrorregiões (5,2; dp \pm 0,58). A melhor média de desempenho dos municípios foi da macrorregião Jequitinhonha (6,7; dp \pm 0,03), onde foram registrados dois pedidos de procedimentos. Na macrorregião Centro, que originou a maior demanda por procedimentos (264), os municípios tiveram desempenho médio 6,0 (dp \pm 0,58). A macrorregião Oeste, também com demanda elevada por procedimentos, obteve média de desempenho 5,8 (dp \pm 1,9). Em relação ao indicador Razão média de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente, os desempenhos das macrorregiões Nordeste, Jequitinhonha, Centro e Oeste foram 0,61(dp \pm 0); 3,8(dp \pm 0);4,3(dp \pm 0,64);4,5(dp \pm 1,68), respectivamente. Quanto ao indicador Razão média de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente os desempenhos dessas macrorregiões foram 0,31(dp \pm 0); 3,8(dp \pm 0);4,3(dp \pm 1,30);4,5(dp \pm 0,27). Nas macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha, não houve demanda judicial para internações clínico-cirúrgicas de média complexidade. As macrorregiões Centro e Oeste obtiveram as médias 5,5(dp \pm 0,29) e 2,8(dp \pm 0) para a Razão média de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente. Dentre estas quatro macrorregiões, somente a Centro e Oeste tiveram demandas judiciais para procedimentos ambulatoriais de alta complexidade: 4,8 (dp \pm 1,32) e 3,1 ((dp \pm 3,1), respectivamente. Ao analisar as médias de desempenhos de todas as macrorregiões destes quatro indicadores, observa-se que as médias variam de 2,45 a 5,28, sendo a menor média para o indicador internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente, também com a maior demanda de procedimentos. Entretanto, não houve correlação entre o número de processo e as notas destes indicadores por município ($r=0,431$; $p>0,05$).

Tabela 10 - Comparação entre o número de solicitações de procedimentos ambulatoriais e hospitalares via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, e os quatro indicadores do IDSUS relacionados a procedimentos, por macrorregião

| Macrorregião | nº proced. | média ID SUS | Razão média de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente | Razão média de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente | Razão média de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente | Razão média de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente |
|--------------------|------------|------------------------------|--|---|---|--|
| Centro | 264 | 5,98 (dp 0,5; 4,62-7,07) | 4,3 | 3,49 | 5,5 | 4,8 |
| Oeste | 239 | 5,79 (1,09; 4,74-7,07) | 4,5 | 1,1 | 2,8 | 3,1 |
| Triângulo do Norte | 54 | 5,3 (dp 0,32; 4,56-6,11) | 6,83 | 6,87 | 6,3 | 4,7 |
| Centro Sul | 46 | 5,5 (dp 0,5; 5,21-6,61) | 6,5 | 1,11 | 6,48 | 3,56 |
| Sul | 44 | 5,89 (dp 0,56; 4,0-7,58) | 5,8 | 1,26 | 6 | 3,5 |
| Noroeste | 37 | 6,26 (dp 0,84; 4,19-6,42) | 3,3 | 1,67 | 6 | 2,4 |

Tabela 10 - Comparação entre o número de solicitações de procedimentos ambulatoriais e hospitalares via judicial contra o Estado de Minas Gerais, 1999-2009, e os quatro indicadores do IDSUS relacionados a procedimentos, por macrorregião (CONTINUAÇÃO)

| | | | | | | |
|------------------|-----|--------------------------------|-----|------|-----|------|
| Nordeste* | 37 | 5,2 (dp 0,03; 4,85-5,88) | 0,6 | 0,31 | - | - |
| Sudeste | 23 | 6,32 (dp 0,38; 5,02-7,17) | 5,2 | 3,9 | 9,9 | 4,81 |
| Triângulo do Sul | 23 | 6,2 (dp 0,51; 5,75-6,48) | 7,5 | 2,7 | 6,3 | 5,1 |
| Leste* | 15 | 5,51 (4,92-5,52) | 4 | - | 5,4 | - |
| Leste do Sul* | 6 | 5,8 (dp 0,51; 5,80-5,88) | 2,8 | 1,19 | - | - |
| Norte* | 4 | 6,25 (dp 5,49-6,98) | 3,3 | - | 3,9 | 3,9 |
| Jequitinhonha* | 2 | 6,68 (dp 5,91-7,46) | 3,8 | - | - | - |
| Não informado | 264 | - | - | - | - | - |

* Não tiveram processos referentes aos indicadores que estão sem nota.

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

A judicialização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares se caracteriza por um perfil diferenciado da judicialização de medicamentos, com multiplicidade de médicos e advogados, em contraposição à vinculação a escritórios de advocacia e a profissionais médicos nas ações relacionadas a medicamentos, conforme sinalizaram os estudos de Campos-Neto (2012), Chieffi e Barata (2009), Marques e Dallari (2007) e Pereira et al. (2007). Destacaram-se, também, as representações judiciais públicas ou gratuitas, com importante atuação do Ministério Público. A idade acima de 50 anos, sexo masculino, com ocupação nas categorias aposentados e donas de casa foram mais frequentes. Os procedimentos mais solicitados foram Internação, Internação em CTI, Ressonância Magnética, Consulta em Atenção Especializada, Gastroplastia, Implante de Marca-passo de Câmara Dupla, Tratamento em Psiquiatria, Artroplastia de Quadril e Joelho e Injeção Intra-Vítreo, respectivamente. Quanto ao perfil de morbidade, as doenças mais frequentes relacionadas ao aparelho circulatório, nervoso e sistema osteomuscular, corroboram a transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças de Minas Gerais realizado por Schramm et al. (2004). Diante do perfil dos beneficiários, ressalta-se que o envelhecimento da população traz uma mudança no perfil epidemiológico que aumenta a demanda por serviços de saúde. Para tanto, torna-se imprescindível fortalecer as estratégias de utilização dos recursos. Este perfil denota um importante desafio do SUS: intensificar a gestão dos recursos financeiros, profissionais e estruturais para ampliar a assistência a uma população em envelhecimento que demanda cada vez mais por serviços de saúde.

Por outro lado, algumas características são coincidentes com as encontradas na judicialização de medicamentos. Observa-se, por exemplo, concentração de processos nas capitais e em grandes municípios. Esses dados coincidem com achados de Borges & Ugá (2010) e Bellato et al. (2012). De maneira similar a Marques & Dallari (2007), Ventura et al. (2010) constataram predomínio de pedidos de liminar e deferimentos.

Um importante achado neste estudo refere-se ao alto percentual de cobertura SUS para os procedimentos judicializados. Observando os resultados (Tabela 4), além de a maioria dos procedimentos classificados (64,9%) serem cobertos pelo SUS, quando a eles se somam os

classificados como internações, cirurgias, exames e tratamentos fora do domicílio (28,7%) atinge-se uma relevante cobertura de 93,6%. Não foi possível precisar se a cobertura dos procedimentos descritos nesse grupo foi total, mas considerou-se que o principal objeto do processo não seria a realização do procedimento e sim a garantia de acesso ao atendimento, dificultado pela ausência de vagas e outros fatores administrativos. O fato a destacar nesse caso é que a judicialização passa a “funcionar” como via de acesso a ações que são componentes do rol de ofertas do SUS.

Machado et al. (2011) apontam o fato da ocorrência da judicialização de medicamentos, mesmo quando constantes em listas oficiais do SUS. Nesse caso, os autores chamam atenção para a vinculação entre os protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas e determinadas entidades mórbidas. A superação de tais incongruências parece estar na base de algumas ações recentes que têm incidência na ampliação de cobertura do SUS. A primeira delas ocorreu em 2008, com criação da Tabela Unificada do SUS, cuja ampliação do rol de procedimentos é constante. Mais recentemente, a publicação do Decreto nº 7508/11, estabeleceu a atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Outra ação foi a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) por meio do Decreto nº 7646/11.

Neste estudo não houve condições de identificar concretamente as razões que levaram os usuários a reivindicarem acesso à assistência à saúde via judicial, mas, tendo em vista o elevado percentual de procedimentos contemplados na Tabela Unificada do SUS, os fatores tempo de diagnóstico e ausência de vagas podem ser fortes indícios das dificuldades de acesso, uma vez que o procedimento mais demandado foi internação, inclusive internação em CTI. Conforme parâmetros da OMS, para cada um milhão de habitantes, devem ser disponibilizados 330 leitos de UTI. Entretanto, em Minas Gerais, estão registrados, atualmente, 3923 leitos de UTI, em torno de 40% a menos do recomendado. Além disso, deve-se considerar as diferenças regionais, em que há maior número de leitos nos municípios com maior resolubilidade para atendimento. Independente da redução de leitos hospitalares no Brasil (CFM, 2012), é importante destacar, conforme afirmam Campos e Amaral (2007), que as respostas à pressão por incorporação de procedimentos de alto custo tem sido mais rápidas do que as ações para a desospitalização. Dessa

forma, esses dados podem ser indicadores da necessidade de reprogramação do número de leitos, de intensificação no gerenciamento dos existentes e, principalmente, do desenvolvimento de políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção básica.

Assim, as barreiras de acesso ao atendimento no SUS não podem ser negligenciadas. De acordo com o estudo de Carvalho e Gianini (2008), que discutiram as iniquidades de tempo de espera do usuário do SUS, a diferença chega a 5,5 meses ($p < 0,001$) em relação ao atendimento privado. Em pesquisa de opinião do IPEA com os usuários do SUS, essas dificuldades também foram mencionadas. Entre as conclusões, há indicações para o aumento do número de médicos e redução do tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta, bem como a diminuição do tempo para atendimento nas urgências. Portanto, o atendimento em tempo oportuno pode ser considerado uma emergente necessidade de saúde.

A não correlação entre o número de processos por macrorregião e a nota obtida em cada indicador que compõe o IDSUS aponta para uma discrepância entre a judicialização e a avaliação de desempenho desses municípios. Entretanto, observou-se que todas as médias de desempenho das macrorregiões analisadas foram menores que cinco, bem abaixo da nota padrão sete, que indica um nível satisfatório. Isso sugere a necessidade de ações que resultem em melhoria do acesso aos serviços de saúde de Minas Gerais.

Ao verificar o indicador de Resolubilidade, proposto por Lélis (2012), que direciona o desenvolvimento de ações prioritárias, pois explicita as deficiências dos territórios sanitários e indica as especialidades que precisam ser melhoradas, observou-se que a macrorregião Centro possui o maior índice de resolubilidade (ideal - acima de 95%), enquanto que a macrorregião Oeste possui índice regular abaixo de 50%, ou seja, a macrorregião com maior disponibilidade de recursos tecnológicos é a que mais solicita judicialmente acesso aos serviços. Isso pode se justificar devido à facilidade de acesso da população à justiça e à dificuldade de obter informação no sistema ou ineficácia dos mecanismos de gerenciamento para que o usuário continue o tratamento na sua linha de cuidado. Enquanto, na macrorregião Oeste a judicialização de procedimentos se torna alternativa de acesso, uma vez que nessa macrorregião o acesso aos serviços de saúde mais próximo da residência dos usuários foi caracterizado como regular. Esse

indicador reforça a necessidade da busca do atendimento pelo meio judicial, diante da dificuldade de acesso.

Dentre os casos de demanda por procedimentos não cobertos pelo SUS, destacam-se a Oxigenoterapia Hiperbárica e *Pet Scan* que, notadamente, foram incorporados à Saúde Suplementar somente em janeiro de 2012. Ou seja, na época da solicitação os procedimentos não tinham cobertura pela Saúde Suplementar. Esses procedimentos são indicadores da pressão por incorporação de novas tecnologias. Ressalta-se que a saúde suplementar é mais vulnerável à incorporação de novas tecnologias. Alguns pareceres técnicos da CONITEC apontam o alto custo e a ausência de evidência científica como justificativa de não incorporação pelo SUS dos procedimentos não cobertos.

Ao comparar a PPI de Belo Horizonte com os indicadores de cobertura da RIPSa no ano de 2009, predominou uma oferta superior ao que foi programado. Isso demonstra um paradoxo com o fenômeno da judicialização. Entretanto reforça a necessidade de melhor planejamento para que gestão de recursos seja mais eficaz de forma a melhor aproximar da real necessidade de assistência à saúde.

Portanto, os resultados obtidos por esta pesquisa sinalizam gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades na garantia da integralidade da atenção, ou seja, nos dispositivos legais o sistema oferta o serviço de forma universal, mas não consegue atender integralmente às demandas dentro de um tempo oportuno. Além disso, essas ações judiciais indicam uma dificuldade do SUS para suprir as diversas necessidades de utilização dos serviços, discutidas por Campos (2004) em atendimento ao direito à vida. O aumento das demandas por procedimentos de média e alta complexidades e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso são justificadas por Spedo et al. (2011), devido à reprodução do modelo hegemônico baseado em procedimentos e em uma baixa resolutividade da atenção básica. Outra justificativa é percebida por Fleury (2012), ao discutir o modelo de Estado comprador de serviços, não mais provedor ou gestor, e a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que tende a distorcer o direito à saúde.

Nesse cenário, vale salientar o modelo de pagamentos por procedimentos, fundamentado em parâmetros que apesar dos instrumentos já implantados para melhor adequar às necessidades da assistência à saúde, como por exemplo, a PPI Assistencial Eletrônica, a implantação dos Complexos Reguladores paralelo à implantação do Pacto pela Saúde, ainda é um modelo baseado em séries históricas que não representam às reais necessidades de saúde. Espera-se que os novos conceitos trazidos no Decreto 7508/11, acerca da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), das Regiões de Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) realmente sejam alternativas eficazes para o planejamento das necessidades de saúde e principalmente considerem a assistência à saúde como um cuidado integral em vez de prestar o atendimento segmentado em blocos de procedimentos.

O presente estudo tem como limitação as incompletudes inerentes à fonte pesquisada (expedientes administrativos e documentais dos processos judiciais), que levou a perdas nas variáveis - idade, ocupação e diagnóstico da doença. Também vale notar que, ao deferir um tratamento, nem sempre é detalhado (pelo juiz/médico) o conjunto de procedimentos que o constituem. Dessa forma, é preciso considerar que o volume total de procedimentos pode estar subestimado. Entretanto, na medida em que não foi verificada a procedência e efetiva realização dos procedimentos, o número de processos efetivamente atendidos pode ter sido menor. Outro aspecto refere-se à necessidade de ampliar o escopo de análise do fenômeno, desde aspectos descritivos, para análises qualitativas de maior alcance temporal

CONCLUSÃO

Este estudo retoma as questões de acesso e cobertura relacionadas ao fenômeno de judicialização da saúde no Brasil. Chama a atenção para as necessidades de saúde da população, garantidos constitucionalmente a partir do princípio da integralidade, uma vez que estas necessidades não encontram a mesma prioridade que o tratamento medicamentoso no fenômeno da judicialização.

Em um primeiro momento, o Judiciário foi criticado por intervir na área da saúde, desconsiderando as normas e políticas de gestão estabelecidas, e fazendo cumprir a lei, baseando-se no direito à vida. Em seguida, foi questionada a interpretação dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, ao mesmo tempo em que surge a desconfiança de parcerias entre a indústria farmacêutica, médicos e advogados no processo de judicialização. É debatida, então, a capacidade técnica do Judiciário para intervir na organização e gestão do sistema de saúde.

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

Esta pesquisa reforça essa perspectiva ao levantar as necessidades emergentes de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, mediante uma extensa cobertura normativa. Vale ressaltar os importantes indicadores de cobertura aqui apresentados, que representam paralelamente um esforço do sistema em ampliar a oferta dos serviços e uma lacuna nas ferramentas de planejamento em sua gestão. Contudo, a avaliação dos processos judiciais aponta para as necessidades emergentes de melhoria no acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, no que diz respeito ao tempo de espera para o atendimento e cuidado integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVICH, Víctor; PAUTASSI, Laura. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. **SALUD COLECTIVA**, Buenos Aires, 4(3):261-282, Septiembre - Diciembre, 2008.

ARANGO, Rodolfo. El derecho a la salud en la jurisprudência constitucional colombiana. **Revista da Defensoria Pública**, Ano 1, n. 1, p. 91-132, jul./dez. 2008.

ASENSI, DF. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, nº 1, p. 33-55, Rio de Janeiro, 2010.

BAPTISTA, F. T; MACHADO V. C; LIMA, D. L. Responsabilidade do Estado e Direito à Saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 14, nº 3, p. 829-839, Rio de Janeiro, 2009.

BARROSO, L. R. **Constituição, democracia e supremacia judicial**: Direito e política no Brasil contemporâneo. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/constituicao_democracia_e_supremacia_judicial_11032010.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

BELLATO, R. et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda. **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012; 21: 356-62.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, v.26, nº 71, p.59-69. Rio de Janeiro, jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, 2002. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, 2006. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, 2006. 148 p.

_____. Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Estabelece a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS1/2001. Disponível

em:<http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13>475.
Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 124p.

_____. Decreto 7646, de 21 de dezembro de 2001. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Publicado em 21 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DECRETO_7646_CONITEC.pdf> Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Brasília, 2011. p. 1:10.

_____. Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007. Discorre sobre 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>> Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Portaria GM/MS n.3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejasus.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993. Edita a Norma Operacional Básica de 1993. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <<http://www.sbh.org.br>>. Acesso em 11 de julho de 2011.

_____. Resolução. 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a norma operacional Básica/SUS nº 01/91. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta_cfm>. Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS**. Brasília: Coleção Progestores: Nota técnica. 18, 2005, 2007. 248p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/constituicao/constituicao.htm>>. Acesso em: 01 de junho de 2011.

_____. Lei 8080 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 1160 de 04 de outubro de 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_tabela_af_04_08.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS**. Brasília: Coleção Progestores, 2007. 248p.

_____. Emenda Constitucional nº 1097 de 22 de maio de 2006 que Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm>>. Acesso em: 19 de setembro de 2011.

_____. Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 19 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 19 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **REDE DE INFORMAÇÕES INTERACIONAIS PARA A SAÚDE - RPSA**. Disponível em <<http://www.ripsa.org.br/php/index.php>>. Acesso: em 21 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.848 de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. 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 interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <www.saude.mg.gov.br/.../dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política de atenção básica**. Brasília: Série pactos pela saúde, v.4. 60p, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Programação Pactuada Programada (PPI)**. Disponível em: <<http://200.198.43.7/ppi/index.php>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Tabela unificada de procedimentos**. SIGTAB. Disponível em: <<http://www.datasus.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS** (publicada em 03 de abril de 2006) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2006. Disponível: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

_____. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://saude.gov.br/sas/cpa/PortariaGM1097.pdf>>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.528 p.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor>>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev Saúde Pública**, 2011;45:1206-7.

_____. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z**. Disponível em:<<http://saude.gov.br/SUSdeaz>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007. 232p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. 164p.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Crise na assistência**: falta de financiamento impacta no número de leitos e prejudica trabalho médico. 13/set/2012. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 13 de novembro de 2012.

CAMPOS, C. M. S. Necessidade de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface- comunic, saúde, Edu**, 2007; 11:23, p.605-18, set/dez 2007.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; 12:849-59.

CAMPOS NETO, O. H et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Pública**, 2012; 46:784-90.

CARDOSO, O. V. Questões controversas sobre a determinação judicial de fornecimento de medicamentos excepcionais pelo poder público. **Revista CEJ**, ano XIII, nº 45, p.46-55, Brasília, abr – jun, 2009.

CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sococaba, SP. **Rev Bras Epidemiologia**, 2008; 11:473-83.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, p. 184-200, 31:2, 1997.

CHAVES, G. C.; VIEIRA, M. F.; REIS, R. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, Ano 5, nº 8, p.170-198, São Paulo, jun. 2008.

CHIEFFI, A. L; BARATA, R. C. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, nº 8, p. 1839-1849, Rio de Janeiro: ago, 2009.

_____. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v.44, nº 3, p. 421-9, Rio de Janeiro, 2010.

CHUEIRI, V K; SAMPAIO, J. M. A. Como levar o supremo tribunal federal a sério: sobre a suspensão de tutela antecipada N.91. **Revista Direito Getúlio Vargas**, v. 3, nº 1, p. 43-66, São Paulo, jan. – jun. 2009.

DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101996000600014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 de janeiro de 2013.

DALLARI, S. G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Revista de Saúde Coletiva**, v.20, nº 1, p. 57-75, Rio de Janeiro, 2010.

_____.; MARQUES, S. B. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, p.101-107, São Paulo, 2007.

DONABEDIEN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. **Michigan, Health Administration Press**, p.3-31, 1988. Disponível em: <<http://saude.gov.br/sas/cpa/PortariaGM1097.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2011.

ESCOBAR, Guillermo. Las garantías Del derecho fundamental a la salud en España. **Revista da Defensoria Pública**, Ano 1, n. 1, p. 3-34, jul./dez. 2008.

FERRAZ, O. L. M; VIEIRA, F. S. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. **Revista de Ciências Sociais**, v. 52, nº1, p. 223- 251, Rio de Janeiro, 2009.

FIGUEREDO, T. A.; PEPE, V. L. E; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis**, 20; 1:101-118, Rio de Janeiro, 2010.

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

FLEURY S; OUVENEY, A. M. Políticas de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FLEURY, S. OUVENEY, A. M. **Gestão de redes** – A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.

HERRERA, L. H. M. Judicialização das políticas públicas de assistência à saúde. São Paulo: Revista de direito de assistência à saúde, v. 7. nº16, p. 73-91. 2009.

HOGERZEIL, H.V. et al. Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? **The Lancet**, 368: 305-11, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

LÉLIS, L. J. B. Indicador de Resolubilidade como instrumento de avaliação da regionalização da assistência à saúde no SUS/MG. V Congresso de Gestão Pública, 2012. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.escoladegoverno.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/search_eg/imprensa/pdf/074.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2011.

MACEDO, E. L. et al. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, nº 4, p. 706-713, São Paulo, jul, 2011.

MACHADO, M. A. A. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 45: 590-98, São Paulo, 2011.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 41:107-101, São Paulo, 2011.

_____. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41 nº 1, p.101-107, São Paulo, jul. 2011.

MESSEDER, A. M.; CASTRO, C. S. O.; 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. **Cad. De Saúde Pública**, v. 21, nº 2, p.525-534, Rio de Janeiro, mar.-abr., 2005.

NORONHA, C. J. et al. O Sistema único de saúde. In: Giovanella, L. et al. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19 nº4; p.1111-1125, Rio de Janeiro, 2009.

PEPE, V. L. E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 26:461-71, Rio de Janeiro, 2010.

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

PEREIRA JR. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. saúde coletiva**, 15:3551-60, 2010.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation: a systematic approach*. **Thousand**, vol. 15, n.2, p. 81-92, Oaks, 2000.

SANT’ANA, J, M; PEPE, V. L. E. ; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. 2009. 94p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 9;4: 897-908, 2004.

SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, nº 2, p. 501-520, Rio de Janeiro, 2003.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: _____. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.627-664.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 24. sup.1, p. 100-110, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, L. E. P; CHAVES, S. C. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, nº 2, p. 295-302, fev, Rio de Janeiro, 2008.

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

TELLES, V. S. Direitos Sociais: afinal do que se trata? Universidade de São Paulo, p.1- 11, 1996. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/ds/veratelles/artigos/1996%20Direitos%20Sociais.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Sup. 2, p.190-198, Rio de Janeiro, 2004.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, nº 2, p. 417-737, Rio de Janeiro, 2003.

VENTURA et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v 20, nº 1, p.7-100, Rio de Janeiro, 2010.

VERBICARO, L. P. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil. **Revista Direito Getúlio Vargas**, 4, nº 2, p. 389-406, São Paulo, jul.-dez., 2008.

VICTORINO, R. F. Evolução dos direitos fundamentais. **Revista CEJ**, Ano XI, n. 39, p.10-21, Brasília, out.-dez. 2007.

VIEIRA DA SILVA, M. L. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, A. M. Z. **Avaliação em Saúde – Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 275.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, nº 2, p. 365-369, Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no sistema único de saúde. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 55, nº6, p.672-83, Rio de Janeiro, 2009.

WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Rev. Direito Getulio Vargas**, 4; 2: 539-68, São Paulo, jul.-dez. 2008.

ANEXO I - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DAS AÇÕES JUDICIAIS



| |
|--|
| |
|--|

NÚMERO DE FORMULÁRIO

PARTE 1. DADOS GERAIS

| |
|--|
| |
|--|

1.1 - PESQUISADOR

1.2 - NÚMERO DO PROCESSO.

1.3 - ANO DO INÍCIO DO PROCESSO.

1.4 - PEDIDO

| | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 1.4.A- Medicamento | 1 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 1.4.B- Materiais | 1 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 1.4.C- Procedimentos | 1 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 1.4.D- Outros | 1 | 2 |

1.5 - Se outros, quais?

1.5.A -

1.5.B -

PARTE 2. PROCESSO

2.1 - DATA DA PETIÇÃO INICIAL

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| dia | mes | ano | | | | | | | |

NI=99/99/9999

2.2 - DATA DE ENTRADA NA SECRETARIA DE SAÚDE (MAIS ANTIGA)

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| dia | mes | ano | | | | | | | |

NI=99/99/9999

Provavelmente será uma intimação nos mandados de segurança e ofícios da AGE nos outros tipos de ações.

2.3 - INSTÂNCIA DA PETIÇÃO INICIAL

Grau de jurisdição da petição inicial

 1- Fórum

2.3 A- Vara

| | |
|--|----------------|
| | NI=99 NA=88 |
|--|----------------|

 2- Tribunal (TJ-MG)

2.3. B- Câmara

| | |
|--|----------------|
| | NI=99 NA=88 |
|--|----------------|

 3 - Federal

2.3. C1 - Vara

| | |
|--|----------------|
| | NI=99 NA=88 |
|--|----------------|

 3.1 - Federal Especial

 3.2 - Federal Itinerante

2.4 - COMARCA DA PETIÇÃO INICIAL

| |
|--|
| |
|--|

NI=99

2.5 - TIPO DE AÇÃO PROPOSTA

 1- Ação Ordinária

 3- Mandado de segurança

 2- Ação Civil Pública

 4- Outro

2.5.4 A- Se outro, qual?

| |
|--|
| |
|--|

2.6 - PEDIDO LIMINAR/TUTELA ANTECIPADA

NA=88

| | SIM | NÃO | Data | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 2.6 A - Houve pedido..... | 1 | 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 B - Houve deferimento..... | 1 | 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 C - Houve deferimento parcial..... | 1 | 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | NI=99/99/9999 |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 D - Houve suspensão..... | 1 | 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | NA=88/88/8888 |
| | | | | | | | | | | | | |

PARTE 3. BENEFICIÁRIO

3.1 NOME NI=99

3.2 CPF..... NI=99

3.3 SEXO..... 1- F 2- M

3.4 PROFISSÃO.. NI=99

3.5- NASCIMENTO NI=99/99/9999
dia mês ano

3.6 RUA/AVENIDA..... NI=99

3.7 BAIRRO..... NI=99

3.8 CIDADE..... NI=99

3.9 CEP..... NI=99

3.10 TELEFONE..... NI=99

3.11 TELEFONE CEL..... NI=99

3.12 HÁ MAIS DE 1 BENEFICIÁRIO NO PEDIDO ?
 1- Sim 2- Não

PARTE 4. AUTOR

4.1 - AUTOR E BENEFICIÁRIO SÃO A MESMA PESSOA?

1- Sim 2- Não

4.2 AUTOR

- 1- ASSOCIAÇÃO
- 2- MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL
- 3- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
- 4- NA

4.3 NOME DA ASSOCIAÇÃO/PROMOTOR NI=99
 NA=99

| PARTE 8. DA NOTA TÉCNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 8.1 - NÚMERO DA NOTA TÉCNICA | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.2 - DATA DA NOTA TÉCNICA | <table border="1"><tr><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr><tr><td>dia</td><td>mês</td><td>ano</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NI=99/99/9999 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | dia | mês | ano | | | | | | | |
| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | | | | | | | | | | | | |
| dia | mês | ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|---|
| PARTE 10. OUTROS PEDIDOS (MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E OUTROS) |
|---|

| |
|--------------------------------------|
| COLETADO PELA PETIÇÃO INICIAL |
|--------------------------------------|

PEDIDO NÚMERO _____

10.1 - QUAL PEDIDO DESCRITO NA
PETIÇÃO INICIAL

10.2 - DECISÃO JUDICIAL ENTREGA DO MEDICAMENTO INDEFERIMENTO (LIMINAR OU SENTENÇA)

SUSPENSÃO DA ENTREGA DO
MEDICAMENTO (LIMINAR)

10.3 - FORNECIMENTO

| | SIM | NÃO | | SIM | NÃO |
|--------------------|---|-----|-------------------|---|-----|
| | 1 | 2 | | 1 | 2 |
| 10.3.A - UNIÃO | 1 | 2 | 10.3.B - ESTADO | 1 | 2 |
| 10.3.C - MUNICÍPIO | 1 | 2 | 10.3.C-1 - QUAL ? | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | |
| 10.3.D - HOSPITAIS | 1 | 2 | 10.3.D-1 - QUAL ? | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | |
| 10.3.E - OUTROS: | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | | | |

ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 292/08

**Interessado(a): Prof. Eli Lola Gurgel Andrade
Departamento de de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de setembro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

APENDICE A- Município de residência dos beneficiários que ajuizaram
processos contra o Estado de Minas Gerais por macrorregião, 1999-2009. N = 114 Cidades

| Centro 264 Procedimentos | | Centro Sul 46 Procedimentos | Jequitinhonha 2 Procedimentos | Leste 15 Procedimentos | Leste do Sul 6 Procedimentos | Nordeste 4 Procedimentos | Noroeste 37 Procedimentos |
|-------------------------------------|---------------------------|--|--|---------------------------------------|---|---|--|
| Abaeté | Mateus Leme | Barbacena | Diamantina | Aimorés | Lajinha | Medina | João Pinheiro |
| Belo Horizonte | Matozinhos | Dores de Campos | Santo Antônio do Itambé | Caratinga | Rio Casca | Nanuque | Paracatu |
| Belo Vale | Nova Era | Ritópolis | | Conselheiro Pena | Viçosa | Salto da Divisa | Patos de Minas |
| Betim | Papagaios | São João Del Rei | | Coronel Fabriciano | | | Presidente Olegário |
| Caeté | Pequi | São Tiago | | Governador Valadares | | | Unaí |
| Contagem | Pompeu | | | Ipatinga | | | |
| Curvelo | Raposos | | | Santa Maria do Suacui | | | |
| Esmeraldas | Ribeirão das Neves | | | Timóteo | | | |
| Florestal | Rio Piracicaba | | | | | | |
| Funilândia | Sabará | | | | | | |
| Guanhães | Sabinópolis | | | | | | |
| Ibirité | Santa Luzia | | | | | | |
| Igarape | Santa Maria de Itabira | | | | | | |
| Itabira | São José da Lapa | | | | | | |
| Itabirito | Senhora do Porto | | | | | | |
| João Monlevade | Sete lagoas | | | | | | |
| Materlandi | | | | | | | |

| Norte 4 Procedimentos | Oeste 239 Procedimentos | | Sudeste 23 Procedimentos | Sul 44 Procedimentos | Triangulo do Norte 54 Procedimentos | Triangulo do Sul 23 Procedimentos | Cidades por Região |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| Campo Azul | Arcos | Luz | Alem Paraíba | Alpinópolis | Ituiutaba | Araxá | Centro - 33 Cidades |
| Montes Claros | BambuÍ | Nova Serrana | Andrelândia | Boa Esperança | Patrocínio | Uberaba | Centro Sul - 5 Cidades |
| Pirapora | Bom Despacho Camacho Campo Belo Carmo da Mata Carmo do Cajuru Claudio Conceição do Pará Divinópolis Dores do Indaiá Formiga Itaúna Lagoa Da Prata | Oliveira Para de Minas Pedra do Indaiá Perdigão Pitangui Santo Antônio Do Monte São Francisco De Paula | Cataguases Juiz de Fora Matias Barbosa Muriaé Rodeiro Santos Dumont Ubá Visconde do Rio Branco | Guaxupe Itamogi Lavras Machado Muzambinho Paraguaçu Perdões Poços de Caldas Pouso Alegre Sao Sebastião do Paraíso Três Pontas Varginha | Uberlândia | | Jequitinhonha - 2 Cidades Leste - 8 Cidades Leste do Sul - 3 Cidades Nordeste - 3 Cidades Noroeste - 5 Cidades Norte - 3 Cidades Oeste - 12 Cidades Sudeste - 10 Cidades Sul - 14 Cidades Triang. do Norte - 3 Cidades Triang. do Sul - 2 Cidades |

Fonte: Elaboração Própria

APENDICE B- Classificação Internacional de doenças (CID-10) dos três diagnósticos mais frequentes registrados por processo. N=56

| Capítulos CID-10 | Doenças registradas | Frequência |
|---|---|-------------------|
| Doenças do aparelho circulatório | Acidente Vascular Cerebral | 28 |
| | Insuficiência Cardíaca | 23 |
| | Hipertensão Arterial Sistêmica | 18 |
| Doenças do sistema nervoso | Epilepsia | 5 |
| | Distrofia Muscular Tipo Duchene | 3 |
| | Paralisia Cerebral | 3 |
| Doenças do olho e anexos | Descolamento De Retina | 10 |
| | Retinopatia Diabética | 9 |
| | Degeneração Macular | 8 |
| Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | Artrose De Joelho | 6 |
| | Artrose | 3 |
| | Artrite Reumatóide | 2 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | Diabetes Mellitus Tipo 1 | 22 |
| | Desnutrição | 10 |
| | Diabetes Mellitus | 5 |
| Doenças do aparelho geniturinário | Insuficiência Renal | 6 |
| | Incontinência Urinaria | 3 |
| | Cólica Nefrética Infecção Do Trato Urinario | 1 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | Doença De Chagas Com Comprometimento Cardíaco | 12 |
| | Miocardioptia Chagásica Crônica | 5 |
| | Erisipela | 4 |
| Doenças do aparelho respiratório | Pneumonia | 12 |

| | | |
|---|--|---|
| | Insuficiência Respiratória | 5 |
| | Doença Pulmonar Obstrutiva Enfisema | 3 |
| Neoplasias (tumores) | Leucemia Linfática | 3 |
| | Neoplasia Maligna De Colón | 2 |
| | Neoplasia Maligna De Intestino | 2 |
| Transtornos mentais e comportamentais | Autismo | 2 |
| | Esquizofrenia Paranóide | 2 |
| | Retardo Mental | 3 |
| Doenças do aparelho digestivo | Coledocolitíase | 4 |
| | Cirrose Hepática | 3 |
| | Apendicite | 2 |
| | Fratura De Calcâneo | 2 |
| | Politraumatismo | 2 |
| | Fratura De Tornozelo | 3 |
| Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas | Fratura De Antebraço | 4 |
| | Traumatismo Craniencefalico | 4 |
| | Fratura de Femur | 5 |
| | Deficiência Auditiva Neurosensorial | 3 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastóide | Otite Media | 3 |
| | Colesteatomatosa Od C/Otorreia Crônica | |
| | Perfuração Membrana Timpânica | 1 |
| | Artrogripose | 1 |
| Malf. cong. Deformid. e anomalias cromossômicas | Cardiopatia Congênita | 1 |
| | Displasias Ósseas | 1 |
| Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat. | Dor Abdominal | 2 |
| | Icterícia | 2 |

| | | |
|--|---|---|
| | Abdome Agudo | 1 |
| Algumas afec. originadas no período perinatal | Prematuridade | 2 |
| | Broncodisplasia | 1 |
| | Displasia Pulmonar | 1 |
| Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár. | Anemia Hemolitica | 2 |
| | Purpura | 1 |
| | Trombocitopenica Trombotica | |
| | Talassemia major | 1 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | Vitiligo | 2 |
| | Celulite De Membro Inferior Esquerdo (4 Pac: Maria) | 1 |
| | Infecção Dos Dedos Ii, Iii Do Pe Direito | 1 |
| | | |
| Gravidez parto e puerpério | Pre Eclampsia | 1 |
| Contatos com serviços de saúde | Artrodese L5-51 | 1 |

Fonte: Elaboração própria.

