

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Patrícia de Oliveira

**JUDICIALIZAÇÃO POR MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte
2021

Patrícia de Oliveira

**JUDICIALIZAÇÃO POR MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de Concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^(a). Dr^(a). Keli Bahia Felicíssimo Zocratto

Coorientador: Dr. André Soares Santos

O48j Oliveira, Patricia de.
Judicialização por medicamentos do componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais [manuscrito]. / Patricia de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2021.
115f.: il.
Orientador (a): Keli Bahia Felicíssimo Zocratto.
Coorientador (a): André Soares Santos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Judicialização da Saúde. 2. Direito Sanitário. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Dissertação Acadêmica. I. Zocratto, Keli Bahia Felicíssimo. II. Santos, André Soares. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: QV 737

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 46 (QUARENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA PATRÍCIA DE OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de setembro de dois mil e vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "JUDICIALIZAÇÃO POR MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS", da aluna *Patrícia de Oliveira*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Prof^ª. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, André Luiz Pereira e Flávia Lúcia Abreu Rabelo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
 APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 27 de setembro de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto
Orientadora (UFMG)

Dr. André Luiz Pereira
Membro Titular (SES/MG)

Dr^ª. Flávia Lúcia Abreu Rabelo
Membro Titular (SES/MG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, Chefe de departamento, em 28/09/2021, às 14:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Andre Luiz Pereira, Usuário Externo, em 22/10/2021, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Flavia Lucia Abreu Rabelo, Usuário Externo, em 26/10/2021, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a), em 27/10/2021, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0988976 e o código CRC E03DE46D.

Este trabalho é dedicado aos trabalhadores da saúde e a todos os profissionais que se dedicam em promover a ciência.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe pelo apoio e amor incondicional e todo esforço para que eu tivesse acesso à educação pública e de qualidade sempre. Por me mostrar, com sua grandiosa generosidade e seu sorriso largo, o significado da universalidade – ao me ensinar que devemos tratar todos de forma igual; a essência da integralidade – ao me ensinar que devemos ofertar o que estiver ao nosso alcance para o semelhante; e a importância da equidade – ao me ensinar a olhar com cuidado para as necessidades e particularidades do outro. À ela, todo o meu carinho.

Aos meus irmãos – Nilson, Cleuza, Rosaldo, Rosângela, Zaninha e Betinha – por todo apoio durante mais esta conquista acadêmica e profissional. Sou muito grata por tê-los como irmãos.

Ao meu amado filho, Francisco, que durante esta jornada e durante minhas ausências, se transformou em um rapaz com mais autonomia e independência. Foi um momento em que crescemos juntos. Muito obrigada Fran, por toda parceria e compreensão.

À Professora Dra. Keli Bahia, minha orientadora, por todo seu apoio profissional e acadêmico, por sua disponibilidade e sabedoria ímpar e por suas palavras de estímulo, conforto e cuidado. Minha eterna gratidão, respeito e admiração. Obrigada também pelas várias risadas, mesmo quando eram de desespero (risos). Ao Dr. André, pela orientação e pelas importantes dicas no trabalho de conclusão do mestrado.

Aos membros das bancas de qualificação: André Pereira e Orozimbo Campos Neto, e de defesa: André Pereira e Flávia Rabelo, que com o vasto conhecimento de gestão em saúde e em pesquisa contribuíram imensamente com o trabalho.

À querida Carla, da Grifo Consultoria, pelo excelente trabalho de revisão desde a etapa da qualificação, por sua disponibilidade durante todo o processo de construção do trabalho, por sua paciência e seu bom humor sempre presentes em cada contribuição.

Aos meus colegas do NJS e da SAF, Geysel, Liziane, Aleane e Flávia, pelo auxílio no acesso a informações relevantes para o estudo, por me ajudar a compreender conceitos da esfera jurídica e por tantos outros aprendizados que foram consolidados durante a construção do trabalho.

Aos meus colegas da CAF/SRS-BH, em especial às queridas Renata e Lilian, por toda inspiração e dedicação em fazer um SUS cada dia melhor para os usuários e trabalhadores e pelo apoio para que eu conseguisse finalizar este trabalho.

Aos queridos amigos do mestrado, Maysa e Gui, por agregar conhecimento e leveza nas atividades que realizamos juntos e aos meus grandes amigos, Jean e Neil, pelo acolhimento, apoio e incentivo no momento da escrita da qualificação.

E aos meus amigos da vida, suporte essencial na manutenção da minha motivação e da minha saúde mental.

APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E IMPLICAÇÕES DO TEMA DO TRABALHO NO CENÁRIO DE PRÁTICA

A autora é farmacêutica formada pela UFMG e servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Atualmente, coordena a assistência farmacêutica da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS/BH).

Ao ingressar na SES/MG, em 2008, trabalhou por quatro anos na farmácia de atendimento judicial da SRS/BH e teve seu primeiro contato com a judicialização da saúde. Em 2012, trabalhou na área administrativa do Núcleo de Judicialização da Saúde (NJS) e teve a oportunidade de implementar melhorias de processos de trabalho no setor, como produto técnico de conclusão da Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica, o que demonstra o interesse da autora em contribuir com os conhecimentos adquiridos na formação acadêmica para o aprimoramento dos serviços de saúde

Em 2013 foi coordenadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica da SRS/BH, setor responsável pela gestão dos três componentes da assistência farmacêutica, inclusive a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

A vivência da autora como gestora da Diretoria de Medicamentos Especializados (DMESP) na Superintendência da Assistência Farmacêutica (SAF), entre os anos 2015 e 2017, e como assessora-chefe do Núcleo de Judicialização da Saúde (NJS), nos anos de 2017 e 2018, ambos na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a fez compreender a importância de propiciar, aos dois setores, um embasamento teórico contendo dados relevantes para o desenvolvimento de estratégias prioritárias às intervenções direcionadas para a redução da judicialização de medicamentos na SES/MG.

OLIVEIRA, P. **Judicialização por Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais**. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

Nos últimos anos, a via judicial tem se tornado uma estratégia cada vez mais utilizada para a garantia do acesso a diferentes tecnologias em saúde no Brasil, incluindo os medicamentos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desse trabalho foi descrever os processos judiciais impetrados contra o estado de Minas Gerais (EMG) que possuem como objeto da ação os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), normalmente adquiridos e financiados pelo Ministério da Saúde (CEAF-grupo 1A). Foi desenvolvido um estudo documental, descritivo e de caráter quantitativo considerando as demandas judiciais, registradas no Núcleo de Judicialização da Saúde (NJS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Foram coletados dados secundários relacionados aos medicamentos pleiteados e ao processo judicial, oriundos dos registros das ações judiciais no NJS, em que houve obrigação de fornecimento de um ou mais medicamentos do CEAF-1A, até dezembro de 2019. A análise descritiva das variáveis categóricas foi apresentada em forma de percentuais e, como suporte à análise dos dados, foi utilizado o *software* Microsoft Excel 365®. O estudo avaliou 11.936 ações ajuizadas contra o EMG, observou-se maior número de novas ações nos anos de 2014, 2015 e 2016 e uma tendência de queda a partir de 2017. Os litígios para os 11.513 beneficiários foram predominantemente individuais (99,68%) e foi identificada a propositura de mais de uma ação judicial pelo mesmo beneficiário. Ao relacionar o quantitativo total de beneficiários com o tamanho da população observou-se que a Unidade Regional de Saúde (URS) de Divinópolis possui maior índice (IMJS=8,34), no entanto em relação ao número absoluto, a URS de Belo Horizonte concentrou a maior parte dos beneficiários (26,48%). Da lista dos 130 medicamentos do CEAF-1A foram identificados pleitos para 118 itens, dos quais 20,34% não estavam disponíveis no SUS. Dez medicamentos foram responsáveis por 80% dos gastos e demonstrou-se que o recurso estadual destinado ao cumprimento das demandas judiciais foi 90% superior ao recurso destinado pelo Ministério da Saúde para aquisição dos mesmos medicamentos em quantidade idêntica. Concluiu-se que há necessidade de se criar mecanismos que favoreçam a desjudicialização no EMG, com vistas à gestão mais racional dos recursos destinados à política da assistência farmacêutica.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Direito sanitário. Assistência Farmacêutica.

OLIVEIRA, P. **Judicialization for Medicines of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance in the State of Minas Gerais**. 115 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management). School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

In recent years, the legal route has become an increasingly used strategy to guarantee access to different health technologies in Brazil, including medicines subsidized by the Unified Health System (SUS). This project aimed to describe the lawsuits filed against the state of Minas Gerais (EMG) that have as their object of action the drugs of the “Specialized of Component Pharmaceutical Assistance” (CEAF), normally acquired and financed by the Ministry of Health (CEAF-group 1A; CEAF-1A). A documentary, descriptive and quantitative study was conducted with the lawsuits registered at the Health Judicialization Center (NJS) of the State Health Department. lawsuits in the NJS, in which there was an obligation to comply with one or more CEAF-1A drugs, until December 2019. The descriptive analysis of the categorical variables was presented as percentages and, as support for the data analysis, the software was used SPSS®. The study evaluated 11,936 lawsuits filed against the EMG, there was a greater number of new lawsuits in 2014, 2015 and 2016 and a downward trend from 2017 onwards. Litigations for the 11,513 beneficiaries were predominantly individual (99.68%) and the filing of more than one lawsuit by the same beneficiary was identified. When relating the total number of beneficiaries with the size of the population, it was observed that the Regional Health Unit (URS) of Divinópolis has a higher index (IMJS=8.34), however, in relation to the absolute number, the URS of Belo Horizonte concentrated the majority of beneficiaries (26.48%). From the list of 130 medicines in the CEAF-1A, claims were identified for 118 items, in 20.34% of the medicines their unavailability in the SUS was identified. Ten medicines were responsible for 80% of the expenses and it was demonstrated that the state resource destined to the fulfillment of the legal demands was 90% superior to the resource destined by the Ministry of Health for the acquisition of the same medicines in identical quantities. It was concluded that there is a need to create mechanisms that favor the de-judicialization of the EMG, with a view to a more rational management of resources destined to the pharmaceutical assistance policy.

Keywords: Health Judicialization. Health law. Pharmaceutical care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão administrativa do estado de Minas Gerais	25
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Produção ambulatorial SIA/SUS de medicamentos do grupo 1A CEAF, entre os anos de 2010 e 2019	32
Gráfico 2 – Distribuição de ações judiciais por medicamentos do Grupo 1A do CEAF, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999 e 2019.....	41
Gráfico 3 – Distribuição da frequência absoluta e relativa da situação do cumprimento das demandas judiciais por medicamentos do grupo 1A, no estado de Minas Gerais, registradas entre os anos de 1999 e 2019.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Financiamento e as formas de organização do CEAF	31
Quadro 2 – Quadro comparativo dos valores de aquisição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC, praticados pelo MS e SES/MG, dezembro de 2019.....	53
Quadro 3 – Distribuição absoluta e relativa dos beneficiários das ações judiciais por unidade regional de saúde da SES-MG, por medicamentos classificados como A na Curva ABC, entre os anos de 1999 e 2019.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gastos com judicialização da saúde em Minas Gerais, nos anos de 2014 a 2019..	35
Tabela 2 – Distribuição das ações judiciais segundo número de beneficiários por ação e número de medicamentos do Grupo 1A CEAF, demandados, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999-2019	42
Tabela 3 – Distribuição dos beneficiários das ações judiciais, por URS da SES-MG, entre os anos de 1999 e 2019	42
Tabela 4 – Distribuição de frequência absoluta e relativa das ações judiciais segundo número de medicamento do grupo 1A demandado por ação, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999-2019	43
Tabela 5 – Distribuição dos Medicamentos do Grupo 1A do CEAF, segundo existência de demanda judicial, exigência de marca e categoria regulatória exigida	44
Tabela 6 – Distribuição da frequência absoluta da disponibilidade no SUS dos medicamentos incorporados no grupo 1A do CEAF e pleiteados, no estado de Minas Gerais, até dezembro de 2019	45
Tabela 7 – Descrição da situação da incorporação dos medicamentos do grupo 1A indisponíveis no CEAF até dezembro de 2019	46
Tabela 8 – Descrição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC, disponíveis até 31 de dezembro de 2019	51
Tabela 9 – Classificação ATC dos medicamentos dos 10 primeiros medicamentos classificados como A Curva ABC	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BVS	Banco de Preços em Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEAF-grupo 1A	Medicamentos do grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Ceme	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde
CPD	Coordenação de Planejamento e Distribuição
DCB	Denominação Comum Brasileira
DMESP	Diretoria de Medicamentos Especializados
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EMG	Estado de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMJS	Índice Mineiro de Judicialização em Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NAJS	Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde
NJS	Núcleo de Judicialização da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organizações das Nações Unidas
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDRS/MG	Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REBLAS	Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos Certificadores em Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAF	Superintendência de Assistência Farmacêutica
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da assistência Farmacêutica
SRS/BH	Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
URS	Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Objetivos	20
1.1.1 Objetivo geral	20
1.1.2 Objetivos específicos	20
1.2 Justificativa	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 O direito à saúde e a organização do SUS em Minas Gerais	22
2.2 A assistência farmacêutica no SUS e sua construção histórica	26
2.2.1 O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	30
2.3 A Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CONITEC)	33
2.4 A Judicialização da Assistência Farmacêutica	34
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	37
3.1 Desenho do estudo	37
3.2 Período	37
3.3 População e critérios de elegibilidade	37
3.4 Coleta e análise dos dados	37
3.5 Considerações éticas	40
4 RESULTADOS	41
4.1 Descrição geral	41
4.2 Descrição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC	50
5 DISCUSSÃO	59
6 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS AÇÕES JUDICIAIS DO GRUPO 1A	76
APÊNDICE B – CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS CEAF-GRUPO 1A, SEGUNDO CURVA ABC	78
APÊNDICE C – DOENÇAS CONTEMPLADAS PARA TRATAMENTO NO SUS	84
APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO	82
ANEXO I – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	105
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	109

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil (CF), promulgada em 1988, constituiu-se marco histórico da proteção à saúde ao reconhecê-la como direito individual do cidadão, devendo ser garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas, regidos sob os princípios da igualdade e da universalidade (BRASIL, 1988). No Brasil, a busca pela garantia do direito à saúde por intervenção do Poder Judiciário teve início na década de 1990, período em que as primeiras demandas relacionadas a medicamentos antirretrovirais ou medicamentos de alto custo e/ou difícil acesso foram impetradas (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; BRASIL, 2007; VENTURA *et al.*, 2010; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012; BATISTELLA *et al.*, 2019). A judicialização da saúde consiste na expansão da reivindicação do cidadão por bens e serviços de saúde, por intermédio do Poder Judiciário, gerando intervenções em áreas antes designadas ao executivo e ao legislativo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O fenômeno tem sido observado não somente no Brasil, mas em países como Peru, Argentina, Venezuela e Equador (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Em busca da satisfação do direito à saúde, o protagonismo do judiciário não observa as políticas que envolvem a preservação do direito à saúde e não seguem o planejamento orçamentário, conforme a exigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (PAIM *et al.*, 2017). A lógica de se trabalhar com os recursos de forma planejada ocorre desde a promulgação da CF, em busca de um processo de organização orçamentária que se considere os interesses sociais, políticos e econômicos, individuais ou coletivos (MAZZA; MENDES, 2014). A judicialização da saúde é crescente no Brasil e interfere no arranjo organizacional estabelecido pela política pública e na decisão da alocação de recursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que o cumprimento das determinações judiciais por produtos e serviços acarreta gastos elevados e não programados no orçamento da saúde (PAIM *et al.*, 2017; CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

A proporção de medicamentos demandados judicialmente que pertencem à lista de medicamentos disponibilizados no SUS foi abordada em um estudo realizado sobre as características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil. As demandas judiciais relacionadas aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) atingiram um percentual de 63%, seguida pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (34%) e pelo Componente Estratégico (3%) (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Em estudo realizado relacionado às ações judiciais impetradas contra o Estado

de Minas Gerais nos anos de 2005 e 2006, cerca de 25% das demandas estavam relacionadas ao pleito por medicamentos pertencentes à lista de medicamentos do CEAF (MACHADO *et al.*, 2011).

Dessa forma, empreender esforços para que a demanda judicial seja atendida conforme disponibilidade do medicamento dentro das políticas públicas vigentes é de fundamental importância, tanto para inclusão do usuário na rede de assistência, quanto para a racionalização da utilização dos recursos públicos destinados à saúde (OLIVEIRA; DOMINGUES, 2018).

Como parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, foi elaborado um “Protocolo para Monitoramento das Ações Judiciais dos Medicamentos CEAF-1A, com o uso de indicadores”. O protocolo de monitoramento das ações judiciais poderá ser um instrumento importante para subsidiar a SES/MG na priorização e desenvolvimento de ações que contribuam para redução da judicialização para o grupo de medicamentos monitorados e para melhoria na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os processos judicializados contra o estado de Minas Gerais que possuem como objeto da ação o pedido por medicamentos do CEAF do grupo 1A, no período de 1 janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2019.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil das ações judiciais por medicamentos do grupo 1A incorporados no CEAF segundo ano de ajuizamento da ação, número de beneficiário por ação, distribuição dos beneficiários por unidade regional de saúde, medicamentos por ação e situação de cumprimento das demandas.
- Caracterizar os medicamentos do grupo 1A pleiteados segundo categoria de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) solicitada pelo laboratório produtor e situação da disponibilidade no SUS.

- Classificar os medicamentos disponibilizados no SUS, segundo impacto financeiro e comparar os valores de aquisição dos medicamentos pleiteados, segundo valores praticados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).
- Caracterizar os medicamentos pleiteados e que apresentaram maior impacto financeiro, conforme classificação do Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e disponibilidade em Protocolo(s) Clínico(s) e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS.

1.2 Justificativa

Segundo estudo realizado pelo CNJ (2021), entre 2014 e 2019, o assunto “Fornecimento de Medicamentos” estava entre os judicializados com mais frequência. Entre os anos de 2008 e 2017, o número total de processos judiciais de primeira instância cresceu 50%, enquanto, no mesmo período, o número de ações judiciais relativas à saúde aumentou 130%. Tais números demonstram um crescimento muito superior das demandas relacionadas à saúde, frente às demandas gerais do Judiciário na primeira instância (CNJ, 2019). O gasto total do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016, ano em que os gastos com a judicialização atingiram 8 bilhões (BERMUDEZ *et al.*, 2018; VIEIRA, 2018). O aumento exponencial do número de demandas judiciais e gastos no atendimento dos pleitos também pôde ser observado no Estado de Minas Gerais, que apresentou um aumento de 1.850 registros de demandas judiciais no ano de 2008 para 16.978 em 2016. Em 2016, os gastos com a judicialização da saúde em Minas Gerais alcançaram a marca dos R\$ 285.711.099,27 (OLIVEIRA; DOMINGUES, 2018).

O presente estudo traz a luz para o perfil dos medicamentos do CEAF, tendo como foco os medicamentos financiados, adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (MS) e que, por interferência do judiciário, são adquiridos, financiados e fornecidos pela SES/MG. Os achados da pesquisa poderão contribuir para a priorização de ações que favoreçam a desjudicialização para os medicamentos avaliados, com vistas ao fortalecimento das políticas públicas de acesso ao medicamento e à gestão mais racional dos recursos destinados à política da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O direito à saúde e a organização do SUS em Minas Gerais

A necessidade de mitigação dos dramáticos efeitos da segunda guerra mundial sobre a qualidade de vida da população culminou internacionalmente na adoção de estratégias de fortalecimento da democracia e da promoção dos direitos de cidadania (COSTA; BARROS; RIZZOTTO, 2021). As primeiras referências à saúde como um direito apareceram na Constituição da OMS de 1946 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) das Organizações das Nações Unidas (ONU) de 1948 (LOPES, 2018). Na referida constituição, declarou-se que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde, que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946). Considerados símbolos civilizatórios das sociedades contemporâneas, os Direitos Humanos inspiraram diversas constituições nacionais modernas (BARROS; DELDUQUE; SANTOS, 2016; BARROSO, 2005).

No Brasil, os movimentos sociais, a sociedade civil e as autoridades públicas, durante o processo de redemocratização do país, após a ditadura militar (1964-1985), mobilizaram-se para a construção de um novo país democrático, com ênfase na necessidade de uma nova Constituição da república garantidora dos direitos fundamentais (PAIVA, 2014). Para Leroy e Ferreira (2014), o direito à saúde é apontado como um dos mais importantes na esfera jurídica do ser humano por proteger a vida e está interligado com o exercício dos demais direitos fundamentais.

A Reforma Sanitária Brasileira, movimento iniciado na década de 1970, proporcionou grandes avanços no sistema de saúde brasileiro e foi conduzida a partir de três vias estratégicas: a parlamentar, a técnico-institucional e a via socio comunitária. Pela via parlamentar, inscreveu na Constituição o direito à saúde e criou o SUS, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado e que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas. A implantação de um conjunto efetivo de políticas e programas de saúde ensejaram a operacionalização do SUS, caracterizando a via técnico-institucional. Pela via sociocomunitária, contou com a participação social que contribuiu para que os avanços relacionados ao direito à saúde ocorressem (SOUZA, 2019; PAIM *et al.*, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi considerada um marco na história da saúde brasileira e do movimento pela Reforma Sanitária e segundo Paim (2008) a sua organização abrangeu diferentes momentos de discussão. As primeiras discussões buscaram definir os objetivos e propostas do evento, sendo realizadas nas instituições de saúde dos estados e municípios. Em seguida, ocorreram as conferências estaduais e municipais, que unificaram as principais propostas locais e no final da CNS foi elaborado o relatório que propôs a reformulação de todo o setor saúde nacional sugerindo a implementação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que permitisse que os investimentos fossem aplicados majoritariamente ao setor público (FLORIANI NETO; PAMPLONA; 2017). O referido relatório serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte que contribuiu com a promulgação da CF, em 1988.

A CF de 1988 definiu a saúde como um direito fundamental ao inscrevê-la no título sobre direitos e garantias fundamentais, estando diretamente associada ao direito à vida (art. 5º, capítulo I: dos direitos e deveres individuais e coletivos), e ao direito social (art. 6º capítulo II: dos direitos sociais), implicando o direito à prestação e o direito à defesa contra algo ou alguém que provoque prejuízos à saúde (VIEIRA, 2020; FLORIANI NETO; PAMPLONA; 2017). Como um direito social, a efetivação do direito à saúde depende da ação estatal e, de acordo com Schulze (2019), o Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como:

i) o princípio da dignidade humana; ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a “um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários”; iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e iv) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. (SCHULZE, 2019, p. 29).

A ideia de mínimo existencial está diretamente ligada à afirmação da dignidade da pessoa humana como meta estatal. Afirmar que o estado tem como fundamento a dignidade da pessoa humana é asseverar a obrigação estatal na garantia de certas condições materiais (MARQUES, 2018).

Dessa forma, o direito fundamental à saúde foi instituído no Estado brasileiro pela CF que, além de delinear um novo modelo assistencial a ser garantido pelo SUS (BALESTRA NETO, 2015), estabeleceu em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Floriani Neto e Pamplona (2017) destacam que, por meio do sistema de saúde brasileiro em que as ações e os serviços de saúde são fornecidos de forma igualitária, gratuita e universal, todo cidadão passou a ter acesso à saúde, independentemente das necessidades

sociais, da sua capacidade de pagar para o sistema, da sua condição no mercado de trabalho (se ativo ou desempregado), ou, ainda, de seu estado de saúde.

No Brasil, desde a promulgação da CF, o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Não há consenso sobre o conceito de políticas públicas, no entanto, um conceito clássico é definido por Bucci:

Política pública é definida como programa ou quadro de ação governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas (coordenadas), cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito (BUCCI, 2006, p. 14).

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, essas “[...] devem garantir o acesso ao serviço público hospitalar e ambulatorial para todos os cidadãos independentemente de condições pessoais, sem preconceitos ou privilégios” sendo o modelo descentralizador o mais amplamente aplicado à saúde (FREITAS; OLIVEIRA, 2015; SILVA, 2012, PAIM, 2020). O pacto federativo estabelecido na CF fixa que as três esferas do Estado são responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, por meio da implementação das políticas setoriais com gestão compartilhada. Cada nível do Estado (União, estados e municípios) têm responsabilidades próprias e a atuação deve se dar de forma harmônica, para que se possa conseguir maior eficiência e eficácia no uso dos recursos públicos (FREITAS; OLIVEIRA, 2015). A partir de então, os serviços de saúde passaram a formar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, 2002).

Regionalizar o SUS implica na construção conjunta de um planejamento capaz de integrar, coordenar, regular e financiar a rede de serviços dentro de um território, em um processo ininterrupto de negociações que envolve a garantia aos usuários do acesso a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível (SILVA; GOMES, 2014). A regionalização proposta para o SUS segue o pensamento da necessidade do planejamento de redes funcionais de assistência e da coordenação dos fluxos de pacientes como formas de reduzir a dificuldade de acesso à saúde e as iniquidades da oferta dos serviços e saúde nos diferentes territórios. Para garantir à população serviços de saúde mais eficientes, organizar as redes de saúde e otimizar as relações entre municípios e a disponibilidade de serviços em diferentes níveis de complexidade, torna-se importante o papel do gestor estadual na

coordenação e apoio na definição e construção das redes de serviços de saúde e de suas relações (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2008).

A heterogeneidade na distribuição da população impacta na organização do sistema de saúde no estado de Minas Gerais. Em decorrência dessa distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos fluxos da população em busca dos serviços de saúde e da distribuição destes no espaço territorial é que o estado adotou, conforme diretrizes da regionalização do SUS, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) (BASTOS; GOMES; BONIOLI, 2019). O PDR é um instrumento de planejamento e gestão da área da saúde que possui como objetivo direcionar a descentralização dos serviços de saúde a fim de garantir acesso aos usuários de acordo com os princípios da integralidade, equidade e economia de escala (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Além do PDR e com vistas à adoção de desconcentração do apoio técnico, que assegura maior rapidez e objetividade às decisões ao estabelecer maior proximidade dos fatos, pessoas ou problemas de saúde a serem resolvidos nos seus 853 municípios, o estado de Minas Gerais criou Unidades Regionais de Saúde (URS). As URS são unidades administrativas descentralizadas da SES/MG e tem como competência gerir, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, fortalecendo a governança regional do SUS-MG (MINAS GERAIS, 2020a). Os 853 municípios do estado são adscritos em 28 URS, que são denominadas Superintendências ou Gerências Regionais de Saúde, conforme Figura 1.

Figura 1 – Divisão administrativa do estado de Minas Gerais



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2021)¹.

¹ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude-e-gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 10 fev. 2021.

À URS, por meio da Coordenação da Assistência Farmacêutica cabe o papel de coordenar, implementar e monitorar a política de Assistência Farmacêutica (AF) de forma integrada às redes de atenção à saúde, no âmbito regional, com atribuições como a de qualificar o acesso aos medicamentos e insumos disponibilizados a partir das políticas públicas de AF, bem como coordenar administrativamente as dispensações de medicamentos decorrentes de decisões judiciais (MINAS GERAIS, 2020b).

2.2 A assistência farmacêutica no SUS e sua construção histórica

A organização do SUS de maneira regionalizada e hierarquizada (art. 7º da Lei 8.080/1990) se repete no que tange à assistência farmacêutica. No entanto, nem sempre foi assim. Antes da criação do SUS, o Brasil executava ações relacionadas à Assistência Farmacêutica (AF) de forma centralizada na extinta Central de Medicamentos (Ceme), criada em 1971 para promover o acesso a medicamentos à população em maior vulnerabilidade social, coordenar a distribuição e a venda de medicamentos no país, avaliar a capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos e identificar indicadores de saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Desde 1964, o Brasil apresentava indícios de preocupação com a formulação de políticas de medicamentos essenciais, pois contava com uma Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Após 13 anos, a OMS publicou sua primeira lista de medicamentos padronizados, estratégia que foi reforçada na Conferência de Alma-Ata, ao se estabelecer o fornecimento de medicamentos essenciais como um dos oito cuidados básicos da atenção primária em saúde (PORTELA *et al.*, 2010; OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006). No Brasil, dá-se à lista padronizada de medicamentos o nome de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que serve de base tanto para a formulação das relações estaduais e municipais, quanto para a produção de medicamentos e para o planejamento da Assistência Farmacêutica. A PNM descreve ainda que sua revisão deve ser constante para sua adequação às necessidades em saúde da população (BRASIL, 1998).

De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) destacam que garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais e, ainda, o seu uso racional, são alguns dos aspectos que contribuem para a valorização e o aperfeiçoamento do serviço de AF como estratégia peculiar da atenção básica à saúde. Nesse sentido, em 1988, a OMS publicou um guia para a formulação de políticas nacionais de medicamentos e ressaltou a importância da efetivação das políticas

voltadas para os medicamentos, como estratégia para ampliar o acesso àqueles considerados essenciais (OMS, 2001).

No entanto, apesar da vocação da Ceme em organizar a política de AF no Brasil, diversos problemas foram constatados ao longo da sua história, desde a não utilização da Rename pelos prescritores, a insuficiência de recursos até a perda de medicamentos. Nos anos 90, ficou mais evidente a necessidade de formulação de uma política de medicamentos brasileira coesa ao novo sistema de saúde, sendo que, nessa década, escândalos de corrupção e fraudes resultaram na crise da Ceme e em sua extinção em 1997 (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Desde a sua criação, o SUS engloba importantes ações de prevenção e de assistência à saúde que são determinantes na qualidade de vida da população e, dentre as competências atribuídas ao SUS, destacam-se as atividades de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A AF é definida no SUS como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. Essas ações consistem em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (NORA, 2019).

A AF tem um papel determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde; no entanto, envolve a alocação de cada vez mais recursos públicos. O gasto total do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (VIEIRA, 2018; BERMUDEZ *et al.*, 2018). No entanto, 2016 foi o ano em que o governo federal apresentou o maior gasto relacionado à aquisição dos medicamentos do CEAF, que correspondeu à R\$ 8,27 bilhões, valores que não foram mantidos nos três anos seguintes, pois representaram em média o gasto de R\$ 6,26 bilhões (INESC, 2020).

A organização e a estruturação da AF ainda se apresentam como um dos grandes desafios para os gestores e profissionais do SUS. Desafios que se dão tanto pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo e busca de novas estratégias no seu gerenciamento (BRASIL, 2011c).

Para a OMS, uma política nacional de medicamentos passa a ser um compromisso, um guia e um registro governamental de intenções e decisões de médio e longo prazo no âmbito farmacêutico. No Brasil, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada

pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo instituída pela Portaria nº 3.916/MS/GM (BRASIL, 1998). A PNM é considerada a primeira apreciação formal do governo brasileiro acerca de medicamentos no contexto da Reforma Sanitária, teve como base os princípios e diretrizes do SUS e foi fixada como parte da Política Nacional de Saúde (PORTELA *et al.*, 2010).

A PNM tem como diretrizes:

1) Adoção da relação de medicamentos essenciais: são considerados essenciais aqueles medicamentos necessários para atender a maioria das necessidades em saúde da população. Nascimento *et al.* (2017) destacam que o acesso a medicamentos essenciais garantido à população compõe um dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, portanto, um dos pilares da formulação e implementação de políticas nacionais de saúde. Para isso, devem estar adequadamente disponíveis, em dose, quantidade e preço, sempre que necessário (ACURCIO, 2013). Segundo a OMS (2001), o reconhecimento de uma lista padronizada de medicamentos se baseia na ideia de que o uso de um conjunto de medicamentos limitados, mas seguros e eficientemente selecionados, favorece o abastecimento e a diminuição do preço de medicamentos, além de trazer racionalidade à prescrição.

2) Regulamentação sanitária de medicamentos: diz respeito à criação e ao uso de instâncias técnicas para controlar o registro de medicamentos, o funcionamento de empresas e estabelecimentos e as restrições e eliminações de produtos farmacêuticos que venham revelar-se inadequados ao uso, com base nas informações decorrentes da farmacovigilância (PNM, 2000). Em 1999, por meio da lei nº 9.782/99 e como um importante passo para operacionalização da regulamentação sanitária, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que passou a ser responsável pela fiscalização e pelo controle da qualidade dos medicamentos fabricados e comercializados no país (PORTELA *et al.*, 2010).

3) Reorientação da assistência farmacêutica: trata-se da implementação, para além da aquisição e da distribuição, de “todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais” (BRASIL, 1998). Essa diretriz traz uma perspectiva transversal na PNM, produzindo impactos diretos no campo da saúde coletiva. Ademais, suas prioridades tomam por base o tripé instituído pela descentralização, financiamento e ações logísticas. Além disso, norteou e reforçou o compromisso sanitário dos três níveis de gestão do SUS para com os elementos constituintes do campo da AF (BERMUDEZ *et al.*, 2018). O estudo apresentado por Bermudez *et al.* (2018) destaca, ainda, que entre 1998 e 2007 a organização da AF foi pautada na descentralização e na busca de recursos para acesso a medicamentos com alterações, incluindo a utilização de modalidades de licitação mais eficientes para a gestão da

AF, além da recomposição do financiamento do SUS, dividido em blocos, que permitiu à AF um novo status com um bloco particular. Além disso, a partir de então, os municípios passaram a controlar a aquisição de medicamentos utilizados no âmbito da Atenção Básica, enquanto estados e a União ficaram responsáveis por programas farmacêuticos específicos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

4) Promoção do uso racional de medicamentos (URM): ações educativas voltadas aos usuários e profissionais de saúde devem ser realizadas para alertar sobre as consequências econômicas, sociais e clínicas do uso irracional de medicamentos, a exemplo da automedicação, da interrupção do tratamento, entre outras. Além disso, a propaganda de medicamentos deve ser regulada e o uso de medicamentos genéricos deve ser incentivado (BRASIL, 1998). O URM foi conceituado como o processo que compreende prescrição apropriada, disponibilidade oportuna, dispensação adequada e consumo nas doses, intervalos e períodos indicados, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (WHO, 1987). Na PNM, o Estado brasileiro atribui a responsabilidade da promoção do URM aos gestores do SUS, nos seus três níveis de atuação. Porém, a descentralização do sistema confere à gestão municipal o protagonismo no desenvolvimento de ações e implementação de políticas no seu âmbito de atuação (MONTEIRO; LACERDA; NATAL, 2021). Baseado no conceito e nas determinações da PNM, compreendeu-se que para promover o URM os gestores de saúde precisam garantir, além do cumprimento das etapas do ciclo da assistência farmacêutica, a execução de atividades educacionais direcionadas aos profissionais e à comunidade, e a disponibilização de recursos estruturais e gerenciais considerados necessários à promoção do uso racional de medicamentos (MONTEIRO; LACERDA, 2016). A OMS estima que a maior parte dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada, e a maioria dos pacientes não fazem uso do mesmo de forma correta (PAULA; CAMPOS; SOUZA, 2021). Segundo estudo realizado por Holloway *et al.* (2013), os indicadores relativos ao URM avaliados em serviços públicos de atenção básica de 104 países, apontaram para o uso inapropriado de produtos farmacêuticos, o que torna o uso irracional identificado no estudo como um problema de saúde pública.

5) Desenvolvimento científico e tecnológico: uma vez que a oferta de medicamentos se relaciona com sua pesquisa e desenvolvimento, incentivos devem ser feitos, por exemplo, às inovações tecnológicas farmacêuticas, às universidades (inclusive em relação à capacitação de profissionais), ao parque industrial nacional. Trata-se, assim, de uma diretriz que requer cooperação intersetorial e interministerial (BRASIL, 1998).

6) Promoção da produção de medicamentos: além do incentivo à produção de genéricos pelo parque industrial nacional, esforços devem ser feitos no sentido de capacitar os laboratórios oficiais para atender, principalmente, os medicamentos básicos ofertados pelo SUS, requerendo, também, integração para além do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988). Em relação ao parque público nacional, o Brasil conta com 21 laboratórios, sendo 18 listados pela Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (BRASIL, 2017; OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006). Os laboratórios possuem abrangência nacional, vocacionados para a produção de medicamentos primordialmente destinados aos programas de saúde pública em assistência farmacêutica e a produção desses laboratórios representa cerca de 3% da produção nacional em valor e 10% em volume equivalente a cerca de 10% do total de compras em medicamentos do Ministério da Saúde (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006).

7) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos: para além da fiscalização e inspeção realizada pela Vigilância Sanitária, acorda-se a reestruturação e o reconhecimento nacional da REBLAS – Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos Certificadores em Saúde como instância oficial de certificação da qualidade de medicamentos no Brasil (1988).

8) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos: diz respeito a ações para garantir a disponibilidade e a capacitação de recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas para operacionalizar a PNM (BRASIL, 1998).

Como parte de um processo de organização, estruturação e descentralização da gestão entre os entes federados, a AF foi fragmentada em três componentes principais – Básico, Estratégico e Especializado – sendo o financiamento dos medicamentos definido por meio de portarias ministeriais, envolvendo recursos tripartite (federal, estadual e municipal), conforme pactuações em cada componente (NASCIMENTO, 2012; BIEHL; PETRYNA, 2016).

2.2.1 O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi criado em 1982, com o nome de “Medicamentos de Dispensação Excepcional” e, desde 2009, com a publicação Portaria 2.981/2009, caracteriza-se como uma estratégia da Política de Assistência Farmacêutica adotada com o objetivo de se garantir a integralidade do acesso a medicamentos no SUS ao disponibilizar medicamentos para o tratamento de doenças específicas, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), publicados pelo Ministério da Saúde (CARIAS, 2011; BRASIL, 2009). Este componente inclui

medicamentos considerados de alto custo, que são aqueles de alto valor agregado ou, que pela cronicidade do tratamento se tornam excessivamente dispendiosos para serem financiados pela população (SILVA *et al.*, 2018).

No ano de 2013, com a publicação da Portaria nº 1554, o Ministério da Saúde regulamentou o CEAF, atualizou e definiu as responsabilidades dos entes federados, o financiamento e as formas de organização do componente. As distintas características, responsabilidades e formas de organização dos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente passaram a se dividir em três grupos, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Financiamento e as formas de organização do CEAF

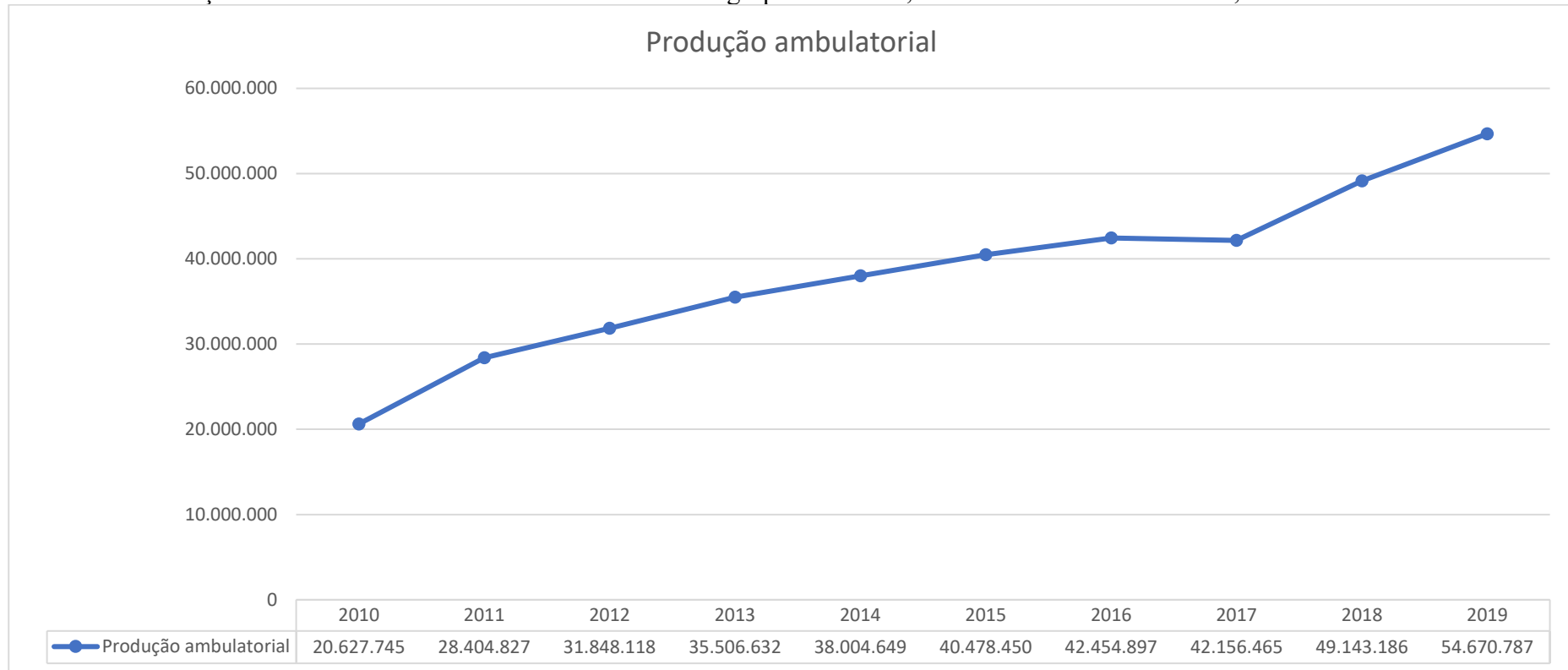
Grupos	Características
Grupo 1	<p>Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p>Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013).</p>
Grupo 2	medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
Grupo 3	medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Elaboração própria de acordo com BRASIL (2017, art. 49).

A lista dos medicamentos elencados no CEAF apresentou um aumento de 41 para 72 itens disponibilizados na lista 1A, no ano de 2013 (BRASIL, 2013). O surgimento contínuo de inovações tecnológicas, nas últimas décadas, tem levado a preocupações frequentes com o aumento dos gastos em saúde, tornando indispensável o processo de avaliação da incorporação de tecnologias, principalmente frente a limitação de recursos (CAMPOLINA *et al.*, 2017).

A disponibilização de medicamentos do grupo 1A, no estado de Minas Gerais, vem crescendo e este crescimento ao longo dos anos pode ser observado no gráfico de produção ambulatorial de distribuição de unidades de medicamentos CEAF-grupo 1A (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Produção ambulatorial SIA/SUS de medicamentos do grupo 1A CEAF, entre os anos de 2010 e 2019, no estado de Minas Gerais



Fonte: Elaboração própria de acordo com TabNet DataSUS²

² Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

2.3 A Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CONITEC)

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) assumiu um papel crescente nos sistemas de saúde nos últimos anos em países como Inglaterra, França, Alemanha e Suécia, levando à criação de agências ou programas para avaliação e incorporação de tecnologias de saúde nesses países (CAETANO; SILVA; PEDRO, 2017). No Brasil, desde 2011, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) passa a assessorar o Ministério da Saúde, ao se tornar o órgão responsável pelas avaliações das demandas por incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2011a).

A criação da CONITEC representou um importante passo no desenvolvimento e institucionalização das ATS no país, ao subsidiar, através do uso das melhores evidências científicas disponíveis, os processos de tomada de decisão de cobertura de serviços de saúde, contribuindo para aumentar a transparência e a responsabilização do processo de decisão (CAETANO; SILVA; PEDRO, 2017).

À CONITEC foi atribuída a responsabilidade de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos ofertados pelo SUS, bem como a constituição ou a alteração dos PCDTs (LOPES *et al.*, 2019). Para esta avaliação são consideradas a existência de evidências científicas de eficácia, efetividade e segurança da tecnologia avaliada em comparação às demais, bem como o impacto orçamentário da incorporação. Dentre as avaliações que subsidiam a incorporação de tecnologias, a análise de impacto orçamentário consiste em uma das etapas finais das ATS, e pode ser compreendida como a avaliação das consequências financeiras advindas da incorporação de uma tecnologia em saúde, dentro de um determinado cenário com recursos limitados, auxiliando na tomada de decisão por parte do gestor de saúde (IZIDORO, 2019).

Estudo realizado por Caetano, Silva e Pedro (2017) demonstrou que, entre 2012 e junho de 2016, a CONITEC recebeu 485 submissões, 92,2% das quais relacionadas a pedidos de incorporação de novas tecnologias, frente a apenas 7% das demandas relacionadas às solicitações de exclusões. Medicamentos foram os principais objetos de demandas (62,1%), independente da natureza da solicitação.

A solicitação para a inserção de uma nova tecnologia no sistema público de saúde pode ser feita por qualquer instituição ou pessoa física como associação de pacientes, indústria farmacêutica, áreas técnicas no Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, porém, essa tecnologia precisa ter registro na ANVISA (BRASIL, 2011). Demandas oriundas dos órgãos públicos da gestão da saúde por incorporação de medicamentos obtiveram

mais sucesso quando comparadas com as originadas de outros proponentes: 82,8% dos pedidos que receberam deliberação favorável de inclusão provinham do Ministério da Saúde, da Anvisa ou das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde (CAETANO; SILVA; PEDRO, 2017).

Após protocolo de solicitação da avaliação apresentada à CONITEC, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias, a decisão favorável ou desfavorável sobre a incorporação da tecnologia no SUS tem que ser expressa. Após elaboração do relatório pela CONITEC contento a recomendação, a decisão final sobre a incorporação fica à cargo do Ministro da Saúde (BRASIL, 2011). A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamento incorporado deverá ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, para os medicamentos dos Grupos 1 e 2, que compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, deve haver publicação da inclusão, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Portaria de Consolidação N°2 (BRASIL, 2017).

A dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde deve estar em congruência com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde. Dessa forma, disponibilização efetiva de um medicamento ocorrerá somente após a publicação da versão final do PCDT específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações ocorrias previamente no âmbito da CIT (BRASIL 2011, BRASIL, 2017).

2.4 A Judicialização da Assistência Farmacêutica

As ações judiciais na área da Assistência Farmacêutica tiveram início nos anos 90 e destinavam-se ao fornecimento de medicamentos antirretrovirais para o tratamento de pessoas vivendo com o HIV/Aids. No entanto, mesmo após a publicação da Lei nº 9.313/96 que garante o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais e da Lei dos genéricos em 1999, ações por outros medicamentos contidos ou não na Rename vêm ocorrendo (NASCIMENTO, 2012; BATISTELA *et al.*, 2019).

Desde então, a intervenção do Poder Judiciário no SUS vem crescendo no Brasil. Estudo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021) avaliou o fenômeno da judicialização da saúde e concluiu que há uma demanda cada vez maior pela via judicial para tratar as questões relacionadas às políticas de saúde. Em 2016, havia 300 mil ações judiciais relacionadas com o direito à saúde em tramitação no país, sendo os medicamentos os principais objetos do litígio judicial em saúde (PAULA; SILVA; BITTAR, 2019; LOPES *et al.*, 2019).

O fenômeno da judicialização e seu crescimento ao longo dos anos também é observado no estado de Minas Gerais. Em 2014, o Estado de Minas Gerais registrou 12.760 novas demandas judiciais, seguidas de 15.383 no ano de 2015, 16.978 em 2016 e 15.676 ações em 2017 (OLIVEIRA; DOMINGUES, 2018).

Diante do aumento das demandas judiciais relacionadas a saúde no estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), através da Resolução SES/MG nº 4.429, criou em 2014 um setor específico para gerenciar as demandas extraordinárias, setor esse denominado à época Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS), cuja finalidade consiste em:

Art. 10. A Unidade de Compras e Contratações de Medicamentos, Materiais e Insumos tem por finalidade padronizar, analisar, executar e controlar as atividades de aquisições no âmbito do NAJS, em todas as suas modalidades, competindo-lhe:
I - iniciar o processo de compra, conforme solicitado, para cumprimento das demandas judiciais;
II - instruir, executar, controlar e acompanhar o processo de aquisição de materiais, equipamentos, medicamentos e insumos médico-hospitalares proveniente de demandas judiciais. (MINAS GERAIS, 2014, art. 10).

Com a publicação dessa resolução fica delegada ao núcleo, atualmente denominado Núcleo de Judicialização em Saúde (NJS), a competência de realizar a gestão exclusiva da aquisição dos insumos e serviços de saúde demandados judicialmente (OLIVEIRA; DOMINGUES, 2018).

Tal gestão de compras ocorre de forma paralela à aquisição dos itens e bens de serviço padronizados por meio de políticas públicas e o crescimento dos gastos de recursos destinados ao cumprimento de decisões judiciais, entre os anos de 2014 e 2017, no estado de Minas Gerais, pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Gastos com judicialização da saúde em Minas Gerais, nos anos de 2014 a 2019

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Valor (R\$)	221.020.083	231.731.511	285.711.099	217.784.143	117.912.626	47.652.073

Fonte: MDS (2019)³.

No ano de 2016 a SES/MG chegou a disponibilizar R\$ 285.711.099,27 (duzentos e oitenta e cinco milhões, setecentos e onze mil, noventa e nove reais e vinte e sete centavos) para atendimento das demandas judiciais, ano que atingiu seu maior gasto com a judicialização.

³ As informações relacionadas aos anos de 2014 a 2017 foram retiradas da página www.saude.mg.gov.br/judicializacao, em 2019. No entanto, a página foi atualizada, e não contém mais as informações sobre os valores gastos pela SES/MG com a judicialização da saúde e os valores relacionados aos anos de 2018 e 2019 foram adquiridos por meio da solicitação feita ao portal transparência do governo estadual.

Empreender esforços para que o atendimento da demanda judicial seja cumprido conforme disponibilidade do produto ou serviço dentro das políticas vigentes é de fundamental importância, tanto para inclusão do usuário na rede de assistência do SUS/MG, bem como para racionalização na utilização dos recursos destinados à saúde (OLIVEIRA; DOMINGUES, 2018).

Uma revisão sistemática dos estudos publicados entre 1988 e 2014 sobre a judicialização do acesso a medicamentos no Brasil, ao verificar a proporção de medicamentos por componente da Política de Assistência Farmacêutica em 20 estudos, identificou um maior pleito (63%) por medicamentos pertencentes ao CEAF (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Desenho do estudo

Estudo documental, exploratório-descritivo, seccional, de caráter quantitativo. Em relação ao procedimento técnico utilizado para a coleta de dados foi realizado um estudo documental de dados classificados como secundários, armazenados na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, advindos de informações dos documentos judiciais (MARCONI; LAKATOS, 2018). Quanto ao desenvolvimento no tempo foi um estudo seccional, uma vez que o estudo compreende dados de um período específico, constituindo um recorte temporal. Quanto aos fins, apresenta uma abordagem quantitativa e classifica-se como descritiva, cujo principal objetivo é a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1996, p. 46).

3.2 Período

Os dados foram obtidos mediante análise de base de dados de processos judiciais em que houve pedido de pelo menos um medicamento do componente 1A do CEAF e que foram judicializados contra o estado de Minas Gerais, nos últimos 20 anos (01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2019).

3.3 População e critérios de elegibilidade

A população de estudo foi constituída por ações ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais, no período estabelecido, e não por indivíduos.

O objeto da análise corresponde às demandas de pelo menos um medicamento pertencente ao grupo 1A do CEAF requisitados por meio de processos judiciais, em que o estado de Minas Gerais e seus representantes figuram como réus. Não foram considerados como parte integrante do estudo os medicamentos que se encontravam em processo de migração do grupo 1A do CEAF para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho de 2020, e relacionados no Anexo I.

3.4 Coleta e análise dos dados

A relação dos processos judiciais (n=51.690) relativos ao período de estudo foi disponibilizada pela Coordenação de Planejamento e Distribuição do Núcleo de Judicialização em Saúde (CPD/NJS) da SES/MG em uma planilha do *Microsoft Office Excel 365*, contendo o registro dos medicamentos pleiteados em cada ação judicial. Além desse dado, a planilha continha: número da ação, beneficiário da ação, unidade regional de saúde relacionada com a ação, medicamento pleiteado e quantidade necessária em unidades para cumprimento da ação por um período de um mês.

O registro diário dos dados relacionados às demandas judiciais por medicamentos no instrumento supracitado foi iniciado no ano de 2012 e sua atualização era realizada diariamente à medida que ocorriam alterações nas ações vigentes já registradas e inclusão de dados de novas ações judiciais. Dados de ações inativas anteriores ao ano de 2012 e que não apresentaram necessidade de restabelecimento após 2012, não estavam registradas na planilha utilizada, uma vez que ela era o instrumento utilizado no planejamento das aquisições. A informação sobre o proponente da ação foi consultada nos registros e anexos do processo judicial disponibilizados no módulo judicial do software utilizado para gestão da AF no estado de Minas Gerais, o Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), denominado SIGAF-JUD.

Para referência dos medicamentos classificados como pertencentes ao Grupo 1A do CEAF utilizou-se o documento intitulado “Elenco de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”, disponibilizado no site do Ministério da Saúde, cuja atualização se deu em 20 de junho de 2020 (Anexo I). O elenco não continha medicamentos incorporado no grupo 1A após 31 de dezembro de 2019; portanto, somente a relação descrita no elenco como: “GRUPO 1A: Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” foi considerada na íntegra, totalizando 130 medicamentos.

Após a identificação dos medicamentos 1A do CEAF no banco de dados das ações judiciais, foi realizada a comparação com o elenco de medicamentos do CEAF para verificar quais itens do elenco de 130 medicamentos foram pleiteados em ações judiciais contra o estado de Minas Gerais. A disponibilidade dos medicamentos na SES/MG foi verificada por meio de consulta realizada através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/obter-medicamentos>, no qual apresenta a Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais.

O registro numérico dos processos judiciais foi utilizado para a identificação do ano de ajuizamento da respectiva ação.

A fim de relacionar o quantitativo total de beneficiários com o tamanho da população da Unidade Regional de Saúde (URS) foi utilizado o Índice Mineiro de Judicialização em Saúde

(IMJS). Para o cálculo deste índice utilizou-se a equação adotada por Oliveira e Domingues (2018):

$$IMJS = \frac{\text{número de beneficiários por regional de domicílio}}{\text{população total da URS}} \times 10.000 \quad (1)$$

O método da “Curva ABC” foi utilizado para classificar o impacto financeiro do cumprimento das demandas judiciais. Para aplicação desse método estabeleceram-se os seguintes critérios: o preço por unidade, a quantidade mensal demandada por medicamento, o preço mensal total demandado e a descrição de cada medicamento. Foram considerados, para todos os itens, os preços unitários (em reais) registrados no SIGAF para os medicamentos disponibilizados pelo CEAF, no mês de dezembro de 2019, sendo que os preços registrados no SIGAF eram os de aquisição do item pelo MS. Foram excluídos da avaliação os medicamentos que, apesar de incorporados, não estavam disponíveis no SUS, pois, por não haver entrada dos itens no sistema não havia preço registrado no SIGAF. A descrição dos medicamentos e a quantidade mensal demandada foram obtidos na planilha do *Microsoft Office Excel®* disponibilizada pela CPD/NJS da SES/MG para o estudo. O preço mensal total demandado por medicamento foi obtido por meio da multiplicação do valor unitário e da quantidade mensal demandada por medicamento.

Para a comparação dos preços de aquisição praticados pelo MS, obtidos na etapa anterior, com os preços dos medicamentos adquiridos pela SES/MG para cumprir as demandas judiciais, pesquisaram-se os valores praticados pela SES/MG no Banco de Preços em Saúde (BVS), vigentes em 2019, através do sítio <http://bps.saude.gov.br/>. De forma complementar, quando não disponível no BVS, os preços da SES/MG foram pesquisados no portal de compras do Governo Estadual por meio do sítio www.compras.mg.gov.br.

A classificação dos medicamentos segundo código ATC foi realizada através da busca por nome da substância ativa do medicamento, na página https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.

A análise descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, traçou o perfil dos processos judiciais por medicamentos pertencentes ao grupo 1A do CEAF, utilizando as seguintes variáveis: beneficiários (quantidade), ano, unidade regional de saúde, situação do cumprimento e medicamentos demandados (dosagem, forma farmacêutica, quantidade, classificação ATC, valores de aquisição pelo MS e SES/MG e categoria do registro pelo

laboratório produtor). Foi utilizado o software *Microsoft Office Excel 365*® na análise dos dados.

3.5 Considerações éticas

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Análise das decisões judiciais para garantia do acesso à insumos, ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde estadual” e foi conduzido de acordo os princípios éticos de pesquisa, resguardando-se, ainda, aos termos das Resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) N° 196/1996, N° 466/2012 e N° 510/2016 e suas respectivas complementares, bem como da Constituição Federal de 1988, e a Lei N° 13.709/2018, que dispõe sobre a proteção de dados pessoais, especialmente em relação ao direito à intimidade e à privacidade.

O referido projeto foi desenvolvido diante da necessidade de se ter um melhor entendimento do fenômeno da judicialização e contribuir para a formulação de estratégias para otimizar o acesso aos insumos, ações e serviços de saúde no âmbito estadual, bem como melhorar a gestão dos recursos financeiros e operacionais destinados às ações públicas de saúde. Dessa forma, visando o enfoque na avaliação da judicialização de insumos fornecidos através da política de assistência farmacêutica, o presente estudo foi desenvolvido.

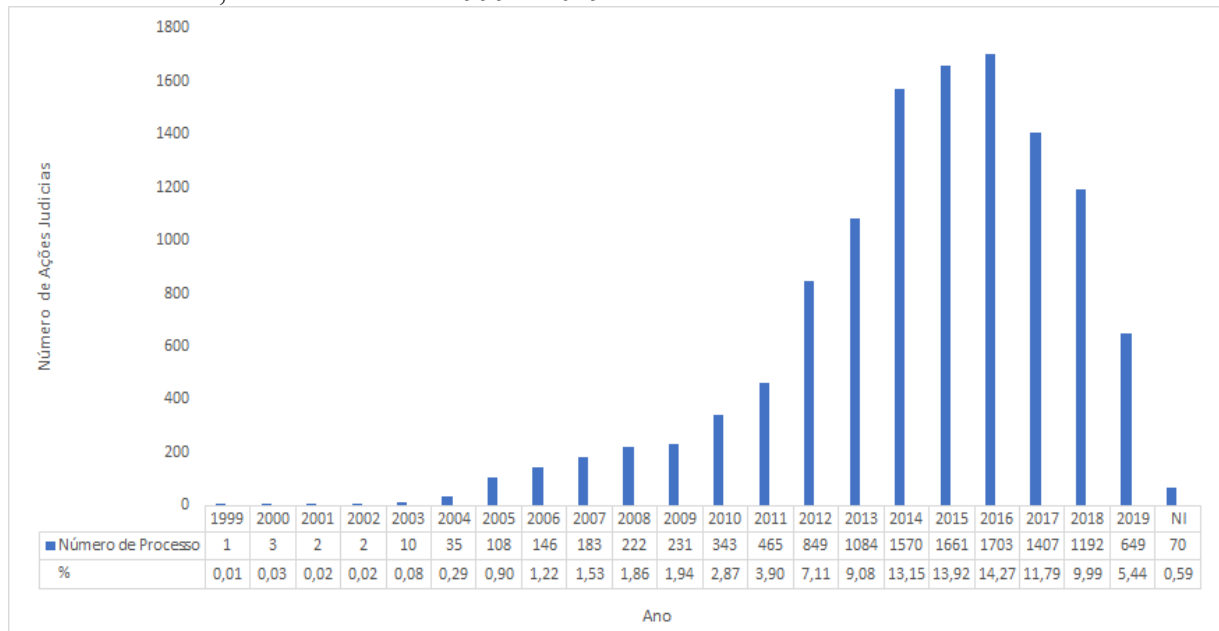
O projeto principal foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil, sob o número CAAE: 29760020.00000.5149, cuja aprovação pelo CEP foi obtida pelo parecer consubstanciado N° 4.294.203 (Anexo II).

4 RESULTADOS

4.1 Descrição geral

As 11.936 ações ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais que continham pelo menos 1 medicamento padronizado no grupo 1A do CEAF apresentaram uma distribuição crescente ao longo dos 18 anos iniciais, com uma concentração maior nos anos 2014 (13,15%), 2015 (13,92%) e 2016 (14,27%). Nos anos de 2017 (11,79%), 2018 (9,99%) e 2019 (5,44%) foi verificada uma queda de registro de novas ações. Não foi possível obter o ano da ação em 70 (0,59%) dos processos analisados (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Distribuição de ações judiciais por medicamentos do Grupo 1A do CEAF, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999 e 2019.



Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Foram identificados 11.513 beneficiários distribuídos entre as 11.936 ações judiciais estudadas e essa divergência está relacionada à propositura de mais de uma ação para o mesmo beneficiário. Em relação ao número de beneficiários por ação, observou-se que a maioria das ações (99,68%) continha um beneficiário, seguida por ações contendo 2 (0,17%) e 3 (0,04%) respectivamente. Uma única ação (0,01%) contemplou 20 beneficiários. Foi possível observar que, para ações com mais de 10 beneficiários, havia demanda apenas para um medicamento constante na lista do grupo 1A do CEAF (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição das ações judiciais segundo número de beneficiários por ação e número de medicamentos do Grupo 1A CEAF, demandados, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999-2019

Beneficiários	Ação judicial	Medicamento demandados da lista CEAF – Grupo 1A
n	n (%)	n
1	11.898 (99,68)	118
2	23 (0,19)	15
3	5 (0,04)	1
4	3 (0,03)	3
6	3 (0,03)	6
10	1 (0,01)	1
11	1 (0,01)	1
13	1 (0,01)	1
20	1 (0,01)	1
Total	11.936 (100)	-

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Em relação à distribuição dos 11.513 beneficiários por unidade regional de saúde (URS), observou-se maior concentração na URS Belo Horizonte com 3.049 (26,48%) beneficiários, seguidos pela URS Divinópolis, Varginha, Uberlândia, Juiz de Fora e Uberaba. Dentre as 28 URS, 6 (21,43%) concentravam a maior parte dos beneficiários (51,67%). Não foi possível identificar a URS correspondente para 2.032 (17,65%) dos beneficiários presentes nas ações analisadas (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos beneficiários das ações judiciais, por URS da SES-MG, entre os anos de 1999 e 2019

Unidade Regional de Saúde	Beneficiário		
	n	%	% acumulada
Belo Horizonte	3.049	26,48	26,48
Divinópolis	1.065	9,25	35,73
Varginha	537	4,66	40,40
Uberlândia	505	4,39	44,78
Juiz de Fora	404	3,51	48,29
Uberaba	389	3,38	51,67
Demais regionais	339	30,68	82,35
Sem Informação	2.032	17,65	100,00
Total	11.513	100,00	

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Na avaliação da distribuição dos beneficiários segundo cálculo do Índice Mineiro de Judicialização em Saúde dos medicamentos do Grupo 1A (IMJS CEAF 1A), observou-se que a URS Divinópolis apresentou o maior índice (IMJS CEAF 1A = 8,34), seguida da URS Passos (7,37), Leopoldina (6,45), Varginha (5,94), Ubá (5,60) e Belo Horizonte (5,59) (Apêndice A).

Nas 11.936 ações estudadas, foram encontradas 12.913 diferentes demandas por medicamentos do grupo 1A do CEAF. A diferença entre o número de ações e medicamentos demandados se deu pois, em 6,68% (n = 797) das ações houve demanda para mais de um medicamento (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição de frequência absoluta e relativa das ações judiciais segundo número de medicamento do grupo 1A demandado por ação, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999-2019

Número de Medicamentos por ação	Ação		
	n	%	% acumulada
5	1	0,01	0,01
4	9	0,08	0,09
3	48	0,40	0,49
2	739	6,19	6,68
1	11.139	93,32	100
Total	11.936	100,00	

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Nas 11.936 ações estudadas foram identificados pleitos para 118 (90,77%) dos 130 medicamentos listados como pertencentes ao grupo 1A do CEAF, até dezembro de 2019. Observou-se que na maior parte das demandas (56,56%), a decisão judicial foi para o cumprimento sem exigência de marca, ou seja, na decisão judicial constava a descrição do medicamento conforme Denominação Comum Brasileira (DCB). Para as 5.609 (43,44%) demandas em que se exigia marca para o seu cumprimento, foram identificados 72 diferentes laboratórios produtores e foram observadas demandas para medicamentos registrados em diferentes categorias regulatórias da Anvisa. A categoria biológico/originador foi a mais demandada (24,148%), seguida pela categoria medicamento novo (14,38%), conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos Medicamentos do Grupo 1A do CEAF, segundo existência de demanda judicial, exigência de marca e categoria regulatória exigida

Variável	Medicamentos pertencentes à lista CEAF 1A demandados		Variável	Demandas		Laboratórios exigidos	
	n	%		n	%		n
Não	12	9,23	Não	0	0	0	
Possui demanda Judicial	Conforme DCB	13	10,00	Conforme DCB	7.304	56,56	0
	Sim	105	80,77	Sim	Biológico/originador	3.123	24,18
Com exigência de marca/ laboratório produtor	Novo				1.857	14,38	22
	Similar				383	2,97	22
	Biológico/biossimilar				243	1,88	6
	Sem registro				3	0,02	1
Total	130	100	Total	12.913	100,00	72	

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Em relação aos 118 medicamentos do grupo 1A que foram judicializados, 24 (20,34%) encontravam-se indisponíveis para o cidadão e 94 (79,66%) estavam efetivamente disponibilizados através do SUS até 31 de dezembro de 2019 (TABELA 6). A maior proporção de demandas de medicamentos (74,4%) foi para aqueles que estavam disponíveis através do CEAF.

Tabela 6 – Distribuição da frequência absoluta da disponibilidade no SUS dos medicamentos incorporados no grupo 1A do CEAF e pleiteados, no estado de Minas Gerais, até dezembro de 2019

Variável		Medicamentos pertencentes a lista CEAF Grupo 1A		Demandas por medicamento	
		n	%	n	%
Disponibilidade ao cidadão	sim	94	79,66	9.607	74,4
	não	24	20,34	3.306	25,6
Total		118	100	12.913	100

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Para todos os medicamentos indisponíveis (n=24) havia publicação de Portaria de incorporação no SUS. Para 1 (4,17%) dos 24 medicamentos indisponíveis, o aflibercepte 2mg, não havia publicação do PCDT para a doença no qual foi incorporado, que era Edema macular diabético. Foi identificado que não houve publicação de portaria de inclusão de 18 medicamentos (75%) no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), conforme apresentado na Tabela 7.

Em relação à obrigatoriedade do cumprimento das 12.913 demandas presentes nas ações judiciais estudadas, observou-se que em 8.348 (64,65%) havia a manutenção da obrigatoriedade do cumprimento até dezembro de 2019. Estas demandas foram classificadas, no estudo, como ativas. As demandas classificadas como inativas, que totalizaram 4.565 (35,35%), foram subclassificadas, segundo motivo da interrupção da obrigatoriedade de seu cumprimento. Na análise das demandas inativas, observou-se que 288 (2,18%) tiveram a interrupção do seu cumprimento relacionada à conclusão do tratamento, 623 (4,82%) ao não comparecimento do beneficiário para retirar o medicamento demandado, 677 (5,24%) ao falecimento do beneficiário da ação e 2.983 (23,10%) à suspensão da obrigatoriedade. Não foi possível identificar o ano em 75 demandas (0,58%) analisadas, sendo que delas, 25 (33,33%) encontram-se inativas e 50 (66,67%) ativas (GRÁFICO 3).

Tabela 7 – Descrição da situação da incorporação dos medicamentos do grupo 1A indisponíveis no CEAF até dezembro de 2019

Medicamento	Demandas por medicamento	Indicação	Data da Publicação da Incorporação	Data Publicação PCDT	Data da Publicação ou Alteração do SIGTAP até dezembro de 2019	Prazo em dias entre incorporação e publicação do PCDT*	Prazo em dias entre incorporação e alteração/inclusão SIGTAP*
Aflibercepte 2 mg	450	Edema macular diabético	05/11/2019	Sem publicação	Sem publicação	-	-
Alfa- α -glucosidase 50 mg	18	Doença de Pompe	16/10/2019	03/08/2020	Sem publicação	292	-
Bimatoprost 0,3 mg/mL (0,03%)	56	Glaucoma	30/07/2013	19/11/2013	20/09/2018	112	1878
Desmopressina acetato 0,1 mg	6	Diabetes Insípido	19/12/2017	10/01/2018	Sem publicação	22	-
Desmopressina acetato 0,2 mg	5	Diabetes Insípido	19/12/2017	10/01/2018	Sem publicação	22	-
Eculizumabe 10 mg/mL	29	Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN)	14/12/2018	20/11/2019	Sem publicação	341	-
Enoxaparina sódica 40 mg/0,4 mL	970	Gestantes com trombofilia	25/01/2018	12/02/2020	Sem publicação	748	-
Galsulfase 5 mg	7	Mucopolissacaridose tipo VI	18/12/2018	05/12/2019	Sem publicação	352	-

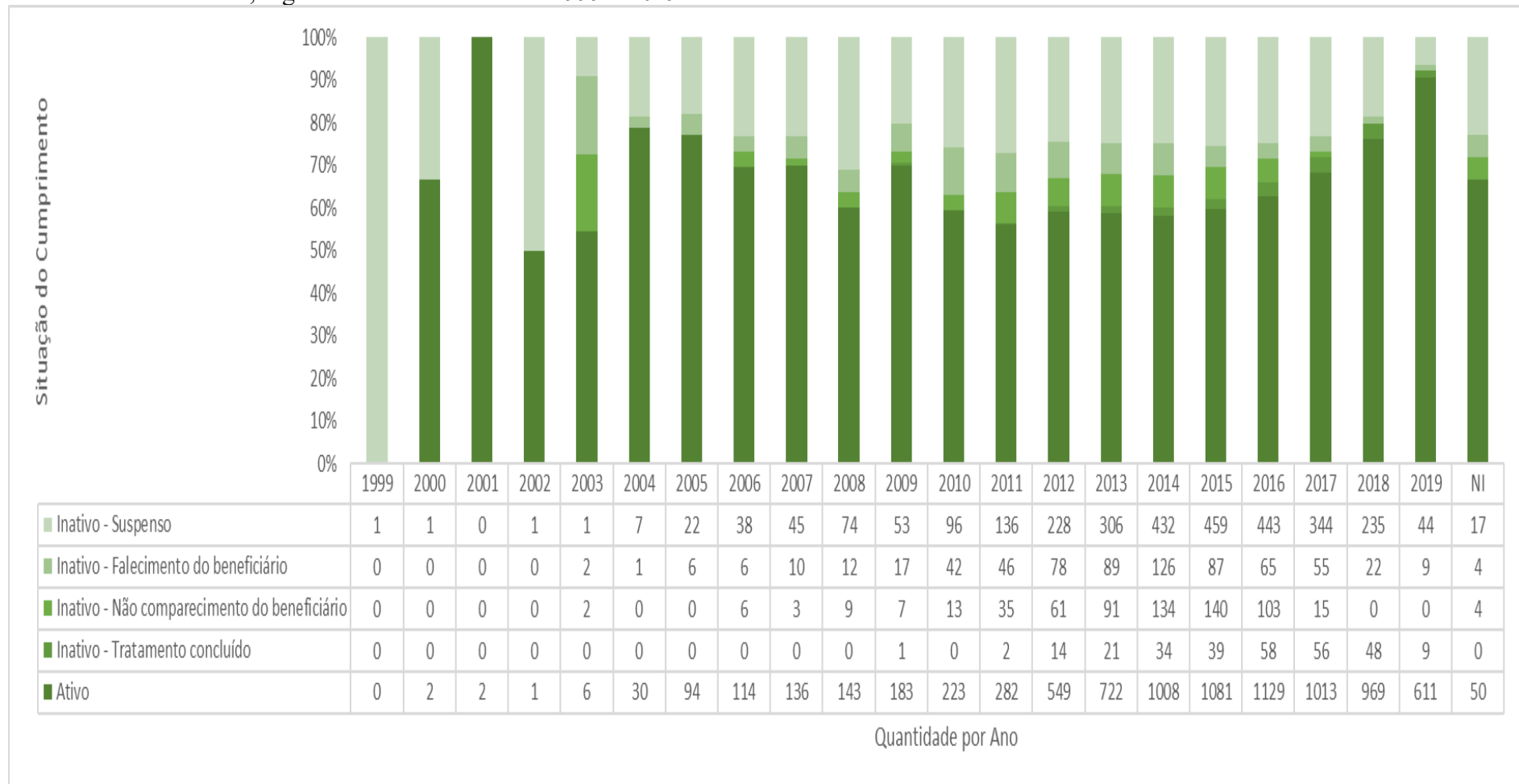
Insulina análoga de ação prolongada 100 UI/mL	959	Diabetes mellitus tipo I	27/03/2019	12/12/2019	Sem publicação	260	-
Latanoprost 0,05 mg/mL	85	Glaucoma	30/07/2013	19/11/2013	20/09/2018	112	1878
Levetiracetam 250 mg	98	Epilepsia	05/12/2017	21/06/2018	Sem publicação	198	-
Levetiracetam 750 mg	56	Epilepsia	05/12/2017	21/06/2018	Sem publicação	198	-
Nusinersena 2,4mg/mL	17	Atrofia Medular Espinhal tipo I	25/04/2019	22/10/2019	22/10/2019	180	180
Rasagilina mesilato 1 mg	29	Doença de Parkinson	03/08/2017	31/10/2018	17/12/2019	454	866
Rivastigmina 1,5 mg	11	Doença de Alzheimer	09/01/2008	23/09/2010	19/03/2010	988	800
Rivastigmina 3 mg	10	Doença de Alzheimer	09/01/2008	23/09/2010	19/03/2010	988	800
Somatropina 16 UI	4	Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo	01/11/2017	24/05/2018	Sem publicação	204	-
Somatropina 18 UI	1	Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo	01/11/2017	24/05/2018	Sem publicação	204	-

Somatropina 24 UI	21	Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo	01/11/2017	24/05/2018	Sem publicação	204	-
Tobramicina 300 mg	2	Fibrose cística	27/10/2016	15/08/2017	Sem publicação	292	-
Travoprostá 0,04 mg/mL	148	Glaucoma	30/07/2013	19/11/2013	20/09/2018	112	1878
Trientina 250mg	13	Doença de Wilson	27/03/2018	27/03/2018	Sem publicação	0	-
Ustequinumabe 45 mg	285	Psoríase	25/04/2019	06/09/2019	Sem publicação	134	-
Vedolizumabe 300mg	26	Retocolite ulcerativa	22/10/2019	26/03/2020	Sem publicação	156	-
Total	3306						

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

*situação analisada até dezembro de 2019

Gráfico 3 – Distribuição da frequência absoluta e relativa da situação do cumprimento das demandas judiciais por medicamentos do grupo 1A, no estado de Minas Gerais, registradas entre os anos de 1999 e 2019.



Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Na análise dos 94 medicamentos que se encontravam disponíveis ao cidadão, utilizando a Curva ABC, observou-se que os medicamentos micofenolato de mofetila 500mg e o cinacalcete 30mg foram os que apresentaram maiores demandas em relação ao número de unidades solicitadas, sendo 102.217 comprimidos para atendimento do micofenolato de mofetila e 57.168 comprimidos de cinacalcete 60mg. Em relação aos gastos mensais necessários para aquisição dos medicamentos pleiteados dos 94 medicamentos avaliados, 10 (10,64%) medicamentos foram responsáveis por 80% dos gastos mensais com a judicialização de medicamentos do grupo 1A, 18 (19,15%) medicamentos foram responsáveis por 15% dos gastos mencionados e 65 (69,15%) corresponderam a 5% dos gastos. Para um (1,06%) item não foi possível fazer a avaliação, pois o medicamento encontrava-se desabastecido no período utilizado para obtenção dos valores unitários de entrada registrados no SIGAF (Apêndice B).

4.2 Descrição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC

Entre os 10 medicamentos classificados como A na curva ABC, a imunoglobulina representou 23,26% do valor mensal gasto para o cumprimento das demandas com os medicamentos do grupo 1A para os itens distribuídos pelo Ministério da Saúde, no período avaliado, seguido pelo Rituximabe 10mg/ml (20,06%) (Tabela 08).

Tabela 8 – Descrição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC, disponíveis até 31 de dezembro de 2019.

Medicamento	Quantidade Total demandada	Valor Unitário (R\$)	Gasto total mensal da demanda (R\$)	% do valor	% Acumulada	Classificação da Curva
Imunoglobulina humana 5 g	1.520	832,66	1.265.640,30	23,26%	23%	A
Rituximabe 10mg/ml	651	1.676,70	1.091.529,69	20,06%	43%	
Infliximabe 100 mg	709	846,84	600.409,56	11,03%	54%	
Adalimumabe 40 mg	865	477,35	412.911,56	7,59%	62%	
Somatropina 12 UI	944	222,20	209.756,80	3,86%	66%	
Octreotida acetato 30 mg	41	4.143,18	169.870,25	3,12%	69%	
Laronidase 0,58 mg/mL	132	1.277,05	168.569,97	3,10%	72%	
Idursulfase 2 mg/mL	32	5.169,92	165.437,43	3,04%	75%	
Fingolimode 0,5 mg	2.790	54,00	150.660,00	2,77%	78%	
Etanercepte 50 mg	425	284,49	120.908,25	2,22%	80%	
TOTAL			4.355.693,81			

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

*Valor de aquisição do MS, obtido do registro de entrada da Nota Fiscal de recebimento do item no SIGAF, em dezembro 2019

A comparação entre os valores de compra praticados pelo Ministério da Saúde para atendimento dos pacientes do CEAF e pela SES/MG para cumprimento de demandas judiciais para os primeiros 10 medicamentos classificados como A Curva ABC, demonstrou que os medicamentos adalimumabe e etanercepte tiveram os maiores percentuais de diferença entre as compras considerando o valor de aquisição do MS e da SES/MG. A SES/MG adquiriu esses medicamentos com o valor 427% e 405% mais alto que o Ministério da Saúde, respectivamente. Apenas para o medicamento somatropina 12UI não houve diferença no valor unitário de aquisição entre os dois entes federados. Não foi possível obter informações sobre o valor de aquisição para dois itens no estado de Minas Gerais, pois os pregões para compra dos medicamentos laronidase 0,58mg/mL e idursulfase 2mg/mL deram deserto. Para aquisição dos 10 itens nas quantidades demandadas, o MS teria um gasto mensal de R\$ 4.355.693,81, considerando os valores registrados pelo MS. Considerando os valores registrados pela SES/MG para aquisição destes mesmos itens, na mesma quantidade, a SES/MG gastaria R\$ 8.259.868,66, o que representaria um gasto 90% superior aos valores praticados pelo MS (QUADRO 2).

Quadro 2 – Quadro comparativo dos valores de aquisição dos medicamentos classificados como A na Curva ABC, praticados pelo MS e SES/MG, dezembro de 2019

Medicamento	Demanda por medicamento		Demanda (unidade)	Valores de Aquisição pelo MS		Valores de Aquisição pela SES/MG		Diferença nos valores do MS e SES/MG
	n	%	n	Valor Unitário (R\$)	Gasto total mensal da demanda (R\$)	Valor Unitário (R\$)	Gasto total mensal da demanda (R\$)	%
Imunoglobulina humana 5 g	121	6,23	1520	832,66	1.265.640,30	995,00	1.512.400,00	19%
Rituximabe 10mg/ml	565	29,08	651	1.676,70	1.091.529,69	3.281,78	2.136.438,78	96%
Infliximabe 100 mg	274	14,1	709	846,84	600.409,56	1.675,62	1.188.014,58	98%
Adalimumabe 40 mg	476	24,5	865	477,35	412.911,56	2.515,28	2.175.717,20	427%
Somatropina 12 UI	142	7,31	944	222,20	209.756,80	222,20	209.756,80	0%
Octreotida acetato 30 mg	64	3,29	41	4.143,18	169.870,25	5.369,05	220.131,05	30%
Laronidase 0,58 mg/mL	9	0,46	132	1.277,05	168.569,97	Pregão Deserto	-	-
Idursulfase 2 mg/mL	5	0,26	32	5.169,92	165.437,43	Pregão Deserto	-	-
Fingolimode 0,5 mg	138	7,1	2790	54,00	150.660,00	74,00	206.460,00	37%
Etanercepte 50 mg	149	7,67	425	284,49	120.908,25	1.437,53	610.950,25	405%
Total	1943	100	8109		4.355.693,81		8.259.868,66	90%

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

A URS de Belo Horizonte possuiu o maior número de beneficiários (28,44%) com demandas judiciais para 10 medicamentos do grupo 1A do CEAF, classificados como A na Curva ABC, sendo que o medicamento adalimumabe 40mg contribuiu com 171 beneficiários. A URS de Divinópolis ocupou a segunda posição em número de beneficiários, seguida das URS de Uberlândia e Juiz de Fora que apresentaram 5,24% cada uma. Para 349 beneficiários não foi possível identificar a URS, que representou 4,02%. O medicamento rituximabe 10mg/ml foi o que apresentou maior número de beneficiários (n=555) e a regional de Belo Horizonte foi responsável pela maior parte dos beneficiários (17,12%) que judicializaram esse medicamento (QUADRO 3).

A descrição do perfil dos medicamentos classificados como A Curva ABC com base na classificação ATC da OMS, permite observar que 5 (50%) são agentes antineoplásicos e imunomoduladores, 2 (20%) são preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas e 2 (20%) são do grupo anatômico trato alimentar e metabolismo e 1 do grupo anti-infecciosos para uso sistêmico (TABELA 9)

Quadro 3 – Distribuição absoluta e relativa dos beneficiários das ações judiciais por unidade regional de saúde da SES-MG, por medicamentos classificados como A na Curva ABC, entre os anos de 1999 e 2019

Regional de Saúde	Número de demandas por medicamentos classificados como A na Curva ABC (% por regional de saúde)										
	Adalimumabe 40 mg	Etanercepte 50 mg	Fingolimode 0,5 mg	Idursulfase 2 mg/mL	Imunoglobulina humana 5 g	Infliximabe 100 mg	Laronidase 0,58 mg/mL	Octreotida acetato 30 mg	Rituximabe 10mg/ml	Somatropi na 12UI	Total
Alfenas	23 (4,84)	3 (2,10)	2 (1,45)	-	7 (5,88)	6 (2,21)	-	-	10 (1,80)	6 (4,23)	57 (2,99)
Barbacena	3 (0,63)	4 (2,80)	5 (3,62)	-	2 (1,68)	9 (3,31)	-	-	5 (0,90)	6 (4,23)	34 (1,78)
Belo Horizonte	171 (36,00)	24 (16,78)	41 (29,71)	3 (60,00)	20 (16,81)	114 (41,91)	3 (50,00)	15 (27,78)	95 (17,12)	57 (40,14)	543 (28,44)
Coronel Fabriciano	5 (1,05)	-	-	-	3 (2,52)	6 (2,21)	-	-	2 (0,36)	1 (0,70)	17 (0,89)
Diamantina	6 (1,26)	-	1 (0,72)	-	1 (0,84)	3 (1,10)	-	-	1 (0,18)	8 (5,63)	20 (1,05)
Divinópolis	31 (6,53)	4 (2,80)	7 (5,07)	-	10 (8,40)	22 (8,09)	1 (16,67)	7 (12,96)	52 (9,37)	-	134 (7,02)
Governador Valadares	8 (1,68)	1 (0,70)	2 (1,45)	-	7 (5,88)	4 (1,47)	-	-	7 (1,26)	-	29 (1,52)
Itabira	3 (0,63)	2 (1,40)	3 (2,17)	-	1 (0,84)	2 (0,74)	-	-	5 (0,90)	4 (2,82)	20 (1,05)
Ituiutaba	2 (0,42)	-	-	-	2 (1,68)	-	-	-	7 (1,26)	1 (0,70)	12 (0,63)
Januária	-	-	-	-	4 (3,36)	-	-	-	1 (0,18)	-	5 (0,26)
Juiz de Fora	38 (8,00)	10 (6,99)	3 (2,17)	-	13 (10,92)	10 (3,68)	-	2 (3,70)	24 (4,32)	-	100 (5,24)
Leopoldina	4 (0,84)	1 (0,70)	-	1 (20,00)	1 (0,84)	2 (0,74)	-	-	4 (0,72)	3 (2,11)	16 (0,84)
Manhumirim	1 (0,21)	-	-	-	4 (3,36)	1 (0,37)	-	-	7 (1,26)	1 (0,70)	14 (0,73)
Montes Claros	3 (0,63)	-	1 (0,72)	-	5 (4,20)	5 (1,84)	1 (16,67)	1 (1,85)	6 (1,08)	2 (1,41)	24 (1,26)
Passos	11 (2,32)	-	2 (1,45)	-	6 (5,04)	9 (3,31)	-	-	22 (3,96)	3 (2,11)	53 (2,78)
Patos de Minas	16 (3,37)	1 (0,70)	1 (0,72)	-	1 (0,84)	4 (1,47)	1 (16,67)	1 (1,85)	8 (1,44)	1 (0,70)	34 (1,78)
Pedra azul	-	1 (0,70)	1 (0,72)	-	-	1 (0,37)	-	2 (3,70)	-	-	5 (0,26)

Pirapora	2 (0,42)	-	-	-	-	1 (0,37)	-	-	2 (0,36)	-	5 (0,26)
Ponte Nova	3 (0,63)	1 (0,70)	1 (0,72)	-	3 (2,52)	5 (1,84)	-	1 (1,85)	3 (0,54)	2 (1,41)	19 (1,00)
Pouso Alegre	14 (2,92)	2 (1,40)	1 (0,72)	1 (20,00)	7 (5,88)	25 (9,19)	-	1 (1,85)	13 (2,34)	4 (2,82)	68 (3,56)
São João del Rei	3 (0,63)	7 (4,90)	1 (0,72)	-	2 (1,68)	-	-	-	3 (0,54)	2 (1,41)	18 (0,94)
Sete Lagoas	11 (2,32)	-	-	-	4 (3,36)	4 (1,47)	-	1 (1,85)	3 (0,54)	6 (4,23)	29 (1,52)
Teófilo Otoni	5 (1,05)	-	1 (0,72)	-	1 (0,84)	1 (0,37)	-	-	-	-	8 (4,42)
Ubá	11 (2,32)	4 (2,80)	-	-	3 (2,52)	5 (1,84)	-	-	4 (0,72)	-	27 (1,41)
Uberaba	34 (7,16)	2 (1,40)	4 (2,90)	-	1 (0,84)	9 (3,31)	-	3 (5,56)	20 (3,60)	9 (6,34)	82 (4,30)
Uberlândia	34 (7,16)	2 (1,40)	7 (5,07)	-	3 (2,52)	11 (4,04)	-	4 (7,41)	24 (4,32)	15 (10,56)	100 (5,24)
Unai	3 (0,63)	-	-	-	1 (0,84)	1 (0,37)	-	-	2 (0,36)	-	7 (0,37)
Varginha	30 (6,32)	3 (2,10)	1 (0,72)	-	7 (5,88)	11 (4,04)	-	3 (5,56)	16 (2,88)	9 (6,34)	80 (4,19)
Sem Informação	-	71 (49,65)	53 (38,41)	-	-	1 (0,37)	-	13 (24,07)	209 (37,66)	2 (1,41)	349 (18,28)
Total	475 (100,00)	143 (100,00)	138 (100,00)	5 (100,00)	119 (100,00)	272 (100,00)	6 (100,00)	54 (100,00)	555 (100,00)	142 (100,00)	1.909 (100,00)

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Tabela 9 – Classificação ATC dos medicamentos dos 10 primeiros medicamentos classificados como A Curva ABC

Código ATC	Grupo Anatômico	Sub-grupo terapeutico	Sub-grupo farmacológico	Sub-grupo químico	Substância química
L01XC02	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Agentes antineoplásicos	Outros agentes antineoplásicos	Anticorpos monoclonais	Rituximabe
L04AA27	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Imunossuppressores	Imunossuppressores	Imunossuppressores seletivos	Fingolimode
L04AB01	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Imunossuppressores	Imunossuppressores	Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa)	Etanercepte
L04AB02	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Imunossuppressores	Imunossuppressores	Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa)	Infliximabe
L04AB04	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Imunossuppressores	Imunossuppressores	Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa)	Adalimumabe
J06BA02	Antiinfeciosos para uso sistêmico	Soro imunológico e imunoglobulinas	Imunoglobulinas	Imunoglobulinas humana, normal	Imunoglobulina humana
H01AC01	Preparações hormonais sistêmicas, excl hormônios sexuais e insulinas	Hormônios hipotalâmicos pituitários e análogos	Hormônios do lobo pituitário posterior	Somatropina e agonistas somatropina	Somatropina
H01CB02	Preparações hormonais sistêmicas, excl hormônios sexuais e insulinas	Hormônios hipotalâmicos pituitários e análogos	Hormônios hipotalâmicos	Somatostatina e análogos	Octreotida
A16AB05	Trato alimentar e metabolismo	Outros produtos do trato alimentar e do metabolismo	Outros produtos do trato alimentar e do metabolismo	Enzimas	Laronidase
A16AB09	Trato alimentar e metabolismo	Outros produtos do trato alimentar e do metabolismo	Outros produtos do trato alimentar e do metabolismo	Enzimas	Idursulfase

Fonte: Dados de pesquisa (2021).

Os 10 medicamentos estudados, segundo avaliação por PCDT, eram disponibilizados para o tratamento de 41 diferentes grupos de doenças. O perfil dos medicamentos em relação às doenças contempladas para tratamento por item, bem como o CID-10 incluído no PCDT pode ser observado no apêndice C.

5 DISCUSSÃO

A partir da primeira ação, proposta em 1999, observou-se uma tendência crescente no número demandas judiciais ao longo dos anos, sendo que em 2014, 2015 e 2016 foram identificados os maiores registros de novas ações no estado de Minas Gerais, em consonância com os resultados descritos por Oliveira e Domingues (2018). A queda nas demandas judiciais para medicamentos no ano de 2017, observada no presente estudo, corrobora com os resultados apresentados por Oliveira *et al.* (2021) que observaram um maior número de casos nos anos de 2015 e 2016, e queda no ano de 2017. Dados relacionados à pesquisa realizada nos Tribunais Regionais Federais também demonstraram uma diminuição do ingresso de novas ações no ano de 2016 ao ano de 2018, que passaram de 47.139 para 40.357 (CNJ, 2021). Apesar da tendência de queda identificada nas análises, deve-se ressaltar que, no presente estudo, esta redução foi específica para os medicamentos do Grupo 1A e, naqueles, para medicamentos em geral.

A redução das ações judiciais a partir de 2017 no estado de Minas Gerais, para o grupo de medicamentos estudados, pode estar relacionada à interferência das diversas iniciativas implementadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para aperfeiçoar a prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde conforme Recomendação CNJ N° 31/2010 (BRASIL, 2010), à crise econômica no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2016), que comprometeu o cumprimento das demandas judiciais e por novas incorporação e disponibilidade dos medicamentos por meio de políticas públicas de saúde. Desde 2010, com a recomendação n° 31 do CNJ, busca-se consolidar estruturas institucionais regionais capazes de oferecer suporte técnico aos magistrados e evitar que o resultado das decisões judiciais confronte os ditames da medicina baseada em evidências (ASENSI; PINHEIRO, 2016).

Segundo Ornelas (2018), a adoção de um “Sistema de Prevenção e Resolução Administrativa de Litígios”, adotada conforme recomendações do CNJ (2010) se demonstrou eficaz para redução da judicialização, uma vez que observou, no ano de 2017, uma redução de aproximadamente 23% no número de novas ações judiciais por meio das quais se pretendia o fornecimento de medicamentos, insumos, procedimentos e outros serviços de saúde. No entanto, outros dois estudos contrapõem a hipótese de redução da judicialização com a criação de instâncias de mediação. Araújo e Quintal (2018) contestam a efetividade da atuação dos técnicos da SES/MG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte na Câmara Técnica de Conciliação da Saúde (CTCS) do TJMG, uma vez que ao analisar as decisões de antecipação de tutela, observou-se o deferimento de 94,4% dos pedidos com a concessão de fornecimento pelos entes federados envolvidos. Neste mesmo sentido, Semíramis (2018) demonstrou que a

disponibilização de informações técnicas contraindicando a concessão de determinados medicamentos, não foi determinante para o indeferimento de grande parcela das ações. Sendo assim, não há consenso dos benefícios da implementação das recomendações do CNJ na redução da judicialização sugerindo que há oportunidade e dificuldade na implementação de iniciativas de diálogo entre saúde e direito para o manejo do fenômeno da judicialização da saúde (ANJOS; RIBEIRO; MORAIS, 2021).

A calamidade financeira decretada pelo governo estadual de Minas Gerais, em 2016, através da publicação do Decreto n. 47101, de 5 de dezembro de 2016, também pode ser um fator de interferência na redução das demandas judiciais observadas no ano de 2017, uma vez que trouxe dificuldades na conclusão dos processos licitatórios para aquisição de medicamentos (MINAS GERAIS, 2016). Esta situação gerou uma descredibilidade na prestação de serviços praticados pelo estado de Minas Gerais, incluindo o cumprimento das ações judiciais (POR FALTA, 2017).

Outra vertente que deve ser explorada para o entendimento da redução neste período específico, diz respeito às peculiaridades dos medicamentos em análise. A dificuldade de aquisição, pela SES/MG, para os itens do grupo 1A do CEAF para cumprimento de decisão judicial pode ter sido agravada pelas próprias características destes medicamentos, uma vez que são insumos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde e que apresentam um elevado custo na aquisição (BRASIL, 2017). Estas características podem ter aumentado a dificuldade em adquiri-los, pois, alguns medicamentos eram produzidos por laboratórios oficiais e tinham sua produção direcionada ao fornecimento direto ao MS ou não havia fornecedores interessados em participar dos novos processos licitatórios devido à inadimplência do estado e às dívidas que atingiam valores elevados em contratos firmados anteriormente (POR FALTA, 2017; LOPES, 2017).

Segundo dados da pesquisa do CNJ (2021), a falta de profissionais de saúde, de regulamentação de filas de espera e de organização dos dados sobre estas filas foram alguns dos motivos que levam as pessoas a procurar a Justiça. Outros estudos corroboram com esta hipótese ao avaliarem a judicialização dos medicamentos de forma geral e correlacionar um aumento da judicialização em períodos de irregularidades e desabastecimentos dos medicamentos nas redes públicas estaduais e municipais (ARAÚJO; QUINTAL, 2018; CAETANO, 2018; BATISTAELLA *et al.*, 2019). No que tange ao acesso aos medicamentos CEAF-1A observou-se um aumento na produção ambulatorial para os itens em 2018 e 2019, ou seja, no período de indisponibilidade destes mesmos itens para atendimento do pleito judicial. Esse cenário pode ter colaborado para a busca destes insumos através da via

administrativa do CEAF, considerando a necessidade de manutenção do tratamento pela gravidade da doença e o custo elevado para aquisição do medicamento pelos beneficiários.

A concentração de ações judiciais em que há um único beneficiário e a presença de ações distintas para um mesmo beneficiário e com pedidos para diversos itens evidencia a busca judicial para tratar de interesses individuais. Resultados semelhantes, em que os litígios eram predominantemente individuais foram observados em vários estudos (FREITAS; FONSECA; QUELUZ, 2020; COELHO *et al.*, 2021; PAIXÃO, 2019; BOING *et al.*, 2013; BIEHL, 2012; PEPE *et al.*, 2010; CHIEFFI e BARATA, 2009, VIEIRA e ZUCCHI, 2007 e MESSEDER, OSÓRIO-DE-CASTRO e LUIZA, 2005). Neste mesmo sentido, Vidal e Di Fábio (2017) reforçam a premissa que as ações judiciais, geralmente, tutelam interesses individuais diferente das políticas públicas que tutelam interesses coletivos. Corroborando com o presente estudo e demais estudos mencionados foi observado, no município de São Paulo, que mesmo as ações civis públicas, propostas pelo Ministério Público, tiveram menor taxa de êxito do que as ações individuais que foram apresentadas pela Defensoria Pública em decisões liminares de primeira instância – 64% e 85%, respectivamente (WANG; FERRAZ, 2013).

A interiorização da judicialização da saúde foi evidenciada, no presente estudo, ao identificar o maior IMJS para os medicamentos do grupo 1A do CEAF na URS Divinópolis, que superou os valores encontrados para a URS da capital mineira. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas para o estado de São Paulo, por Toma *et al.* (2017), ao ressaltarem os índices de judicialização bastante elevados nas regiões correspondentes às regionais do interior do estado como Barretos, Franca, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. Estudo realizado no Rio Grande do Norte por Oliveira *et al.* (2021) também identificou maior índice de ações para indivíduos residentes no interior do estado. Em relação aos números absolutos de beneficiários por URS, os resultados encontrados corroboram com dados achados por Oliveira e Domingues (2018) que avaliaram ações ativas de medicamentos e insumos terapêuticos, por URS da SES-MG e encontraram o maior número de beneficiários na URS de Belo Horizonte, seguido da URS Divinópolis. Em relação ao IMJS, observou-se que a regional de Divinópolis apresentou maior proporção de beneficiários por 10 mil habitantes, superando o IMJS da capital do estado de Minas Gerais. Estudos sugerem que o deslocamento da judicialização para o interior dos Estados pode estar relacionado à ampliação da rede de serviços de saúde e jurídicos para cidades menores (OLIVEIRA *et al.* 2021; OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA; 2019).

Apesar da maior parte das demandas, analisadas no presente estudo, terem sido deferidas para atendimento conforme DCB, o deferimento por marca tem ainda um percentual

significativo que pode estar relacionado à apresentação de prescrições em desacordo com as normas sanitárias e a adoção, pelo Judiciário, da premissa da inquestionabilidade da prescrição médica, uma vez que é considerada prova suficiente para fundamentar a decisão judicial (GADELHA, 2014; CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016). Estudo realizado por Marques e Dallari (2007), que analisou os documentos médicos que constam de processos judiciais de fornecimento de medicamentos observou que as decisões judiciais estavam invariavelmente alicerçadas em uma prescrição médica com predominância de solicitações por marcas específicas. Estudos como o de Sant’Ana (2009) e Leite (2009) corroboram com os resultados ao identificarem, respectivamente, que 70,4% e 76,23% das solicitações continham medicamentos ou insumos requeridos por uma determinada marca. Esses resultados acrescidos dos encontrados por Oliveira e Domingues (2018) apontam a necessidade da administração pública em realizar a aquisição de diferentes marcas para um mesmo fármaco, motivados pela decisão judicial, além de demonstrarem a influência do setor produtivo nas prescrições. Os achados relacionados à maior demanda por medicamentos registrados na Anvisa como “biológico/originador” e “novo”, sugerem que a judicialização tem sido utilizada para atender aos interesses da indústria farmacêutica, corroborando com o estudo de Campos Neto (2012).

Neste estudo, foi possível perceber que a judicialização por medicamentos incorporados ao SUS – porém, não disponibilizados ao cidadão –, ou a disponibilização, mas com o acesso dependente de uma rede que se encontra desestruturada, sugere uma ação corretiva do judiciário ao realizar a adequação do que já foi estabelecido na política pública, conforme também destacado por Lopes (2013). Observou-se um descumprimento do prazo estipulado por lei para a efetiva disponibilização dos medicamentos no SUS, além da ausência de um padrão nas etapas necessárias para a efetivação dessa disponibilidade. Souza, Souza e Lisboa (2018) denominam de “boa judicialização” a demanda judicial por bens, ações ou serviços de saúde, cuja oferta já compete formalmente ao SUS, mas que, por algum problema, não estão sendo ofertados.

A efetivação da oferta do item incorporado no SUS pelo MS, por meio da publicação da portaria de incorporação, deve ocorrer em um prazo máximo de 180 dias (BRASIL, 2011). Houve uma falta de padronização das etapas necessárias para a disponibilização dos medicamentos pelo SUS, através do CEAF, como por exemplo para os medicamentos rivastigmina 1,5mg e 3mg que a publicação relacionada à adequação do financiamento foi anterior à publicação do PCDT. Molino *et al.* (2021) citam que o ideal é que todos os medicamentos incluídos no SUS sejam incorporados juntamente com uma diretriz de prática clínica para auxiliar os profissionais de saúde, no entanto verificou-se, no presente estudo, que

apenas para o medicamento trientina foi identificada a publicação da portaria de incorporação e do PCDT na mesma data.

O fenômeno da judicialização da assistência farmacêutica enfrentada pelo gestor estadual do SUS no Estado de Minas Gerais, não é composto apenas por novas ações judiciais, compreendendo também as ações judiciais anteriores que demandam um cumprimento contínuo, neste sentido há um acúmulo ao longo dos anos de novas ações e ações antigas. Estudo realizado por Campos Neto (2012) exemplifica este fato ao observar que, para o medicamento adalimumabe, ações judiciais com pleito para este item em período pré-incorporação no CEAF e mesmo após incorporação, a disponibilização deste insumo terapêutico aos cidadãos continuou ocorrendo por meio da ação judicial, o que sugere que faltam ações migrar os pacientes de atendimento judicial, para o atendimento administrativo. O adalimumabe é classificado como agente antineoplásico e imunomodulador e faz parte do grupo anatômico que representou, neste estudo, elevado impacto financeiro, assim como citado pelo estudo realizado por Lopes *et al.* (2010).

Ao avaliar o aspecto financeiro dos medicamentos estudados foi possível verificar que o Estado de Minas teria um gasto mensal de R\$ 8.259.868,66 para aquisição de 10 medicamentos em quantidade suficiente para o atendimento das ações em que permanecia obrigado a realizar o cumprimento, na data de 31 de dezembro de 2019. O medicamento imunoglobulina 5g foi o que apresentou maior gasto em relação aos medicamentos estudados, mesmo estando padronizado e disponibilizado pelo CEAF para o tratamento de diversas doenças como imunodeficiências, anemia hemolítica, transplante renal e algumas síndromes. Em 2007, a imunoglobulina humana estava entre os quatro medicamentos responsáveis por 28% do total de aproximadamente cinco bilhões gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde (BIEHL; PETRYNA; 2016).

A análise da judicialização por medicamentos do CEAF-1A apresentada neste estudo, sugere que membros do Judiciário são pouco sensíveis ao fato de haver incorporação dos medicamentos pleiteados por meio de políticas públicas no SUS e, dessa forma, promovem um impacto inesperado sobre as previsões orçamentárias do setor público, mobilizando para diferentes entes federados uma crescente necessidade de alocação de recursos não planejados (COSTA; SILVA; OGATA, 2020). Foi demonstrado que ao se judicializar os medicamentos do Grupo 1ª, em face da SES/MG, ocorre uma inversão na alocação de recursos da AF, ao exigir que o estado financie uma relação de medicamentos, que por pactuações e regras do SUS, seriam atribuições da esfera federal.

Dentre as limitações do presente estudo, uma está relacionada à ausência de registro no banco de dados analisado, de ações que foram inativadas em ano anterior a 2012. Mesmo diante desse quadro, a amostra foi representativa e os dados analisados vão ao encontro dos resultados de vários estudos sobre o tema. Vale ressaltar que o banco de dados foi construído com base em planilhas fornecidas pela SES/MG e que esses dados são coletados manualmente, sem que haja uma sistematização do processo e, portanto, susceptível a sub-registros, como os relacionados à URS da ação, ou erros de digitação, como os ocorridos no registro do número da ação judicial. A dificuldade de aquisição de medicamentos por parte da SES/MG, devido à calamidade financeira, impactou na disponibilidade de informação do valor de aquisição de um item, uma vez que não houve possibilidade de obter o valor do mesmo devido ao fracasso dos pregões para o item (MINAS GERAIS, 2016). A ausência de registros relacionados ao CID-10 relacionado à demanda judicial foi um fator que impossibilitou realizar inferências entre as ações judiciais e as incorporações dos medicamentos no CEAF e seus respectivos PCDT.

6 CONCLUSÃO

A judicialização da saúde tem se caracterizado como uma via de acesso à bens e serviços de saúde, dentre eles principalmente os medicamentos, sobretudo os do CEAF. A redução da judicialização para os medicamentos estudados, observada entre os anos de 2017 e 2019 e a heterogeneidade dos pleitos entre as regionais de saúde, evidenciam a importância de se monitorar periodicamente a evolução das demandas tendo como foco a busca do entendimento dos motivos que ocasionaram os fenômenos para auxiliar o processo de desjudicialização dos medicamentos e do fortalecimento do fornecimento dos medicamentos através das políticas públicas.

As novas incorporações e atualizações de protocolos clínicos têm ocorrido de forma constante e o estudo demonstra que não há efetiva migração dos beneficiários de ações judiciais para a via administrativa, uma vez que ficou mantida a obrigatoriedade do cumprimento, para a maioria das ações, inclusive com a obrigatoriedade do fornecimento dos medicamentos de acordo com o nome comercial descrito na decisão judicial. Incorporações que não abrangem o CID contemplado com a ação judicial também são fatores que podem estar associados à impossibilidade de migração da via judicial para a administrativa.

O estudo evidenciou que as decisões judiciais impactam na alocação de recursos que já são escassos, gerando uma irracionalidade nos gastos públicos e na estrutura orçamentária do estado, dificultando ainda mais o alcance do ideal de saúde pública e gratuita. Os 10 itens identificados como os responsáveis pelo maior impacto financeiro, representaram 80% dos recursos necessários para o cumprimento dos pleitos. O recurso destinado para a aquisição desses insumos pelo EMG, foi 90% superior ao recurso destinado pelo Ministério da Saúde para aquisição dos mesmos medicamentos em quantidade idêntica, o que evidencia ainda mais a irracionalidade na utilização do recurso destinado à saúde.

Sendo assim, é imperativa a necessidade de se criar mecanismos que favoreçam a redução dos litígios, quer pela redução do número de novas ações judiciais, como na desjudicialização por migração dos beneficiários para a via administrativa. Para isso é importante que a Secretaria de Estado de Saúde trace ações prioritárias baseada em informações, obtidas através de melhorias na base de dados no NJS, capazes de direcionar medidas mais assertivas que harmonizem o acesso aos medicamentos, os interesses coletivos, resguardando à administração e as políticas públicas de forma tempestiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. A. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. *In*: ACURCIO, F. A. (Org). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. 136p.
- ANDRADE, M. V. Políticas estaduais na área de saúde. *In*: BANCO DE DESENVOLVIMENTO DE MINAS GERAIS. **Minas Gerais do Século XXI: Investindo em Políticas Sociais**. Belo Horizonte: BDMG, 2002. (v. III).
- ANJOS, E. C. dos S; RIBEIRO, D. da C.; MORAIS, L. V. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**, v. 10, n. 1, p. 113-28, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/640>
- ARAÚJO, K. E. G. de; QUINTAL, C. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p.213-235, 2020.
- ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. **Judicialização da saúde no Brasil: dados quantitativos sobre saúde pública**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2V3qORf>. Acesso em: 14 out. 2020.
- BALESTRA NETO, O. A jurisprudência dos Tribunais Superiores e o Direito à Saúde: evolução rumo à racionalidade. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025>. Acesso em: 18 set. 2020.
- BARROS, F. P. C.; DELDUQUE, M. C.; SANTOS, A. O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. **Rev. Consensus**, Brasília, n.19, 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BARROSO, L. R. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 1-42, abr. 2005. ISSN 2238-5177. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618/44695>. Acesso em: 15 abr. 2021.
- BASTOS, S. Q. de A.; GOMES, B. S.; BONIOLI, R. S. Uma avaliação para média complexidade do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). **RDE**, v. 2, n. 43, 2019. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/5995>. Acesso em: 31 dez. 2020.
- BATISTELLA, P. M. F. *et al.* Ações judiciais em saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 809-817, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0551>. Acesso em: 31 dez. 2020.

BERMUDEZ, J. A. P. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Acesso em: 26 nov. 2019.

BIEHL, J. *et al.* Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health and Human Rights**, Boston, v. 14, n. 1, p. E36-52, 2012.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100011>. Acesso em: 28 jan. 2020.

BOING, A. *et al.* A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para gestão do sistema de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 82-97, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 9313 de 13 novembro 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: **Diário Oficial da União**, nº 215-E, Seção 1, p. 18-22, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei nº 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 11 fev. 1999. Seção 1. p.1.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.981, de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de novembro de 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010**. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 7 abr. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3cfRAjm>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19.09.1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011a; 24 abr.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. 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, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011b; 22 dez.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011c. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1, de 17 de Janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jan., 2012. Seção 1, p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: D.O.U. **Diário Oficial da União**, nº 14, Seção 1, p. 69-71, 31 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: D.O.U. **Diário Oficial da União**, nº 190, Seção 1, p. 61, 03 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratórios Oficiais**. 22 ago. 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/laboratorios-oficiais>. Acesso em: 20 out. 2020.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas para solução. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa. [internet]. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/judicializacao-e-sociedade-acoes-para-acesso-a-saude-publica-de-qualidade/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

CAETANO, L. M. L. S. **Demandas judiciais por medicamento**: análise da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018). 132f. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

CAETANO, R; SILVA, R. M.; PEDRO, E. M. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciênc.**

Saúde Colet., v. 22, n. 8, p. 2513-2525, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802513&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232017002802513&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802513&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 out. 2019.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00045517, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00045517>. Acesso em: 28 jan. 2020.

CAMPOS NETO, O. H. *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 784-790, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. The judicialization of Health in the perception of physician's prescribing. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 165-176, 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0314>. Access on: 03 Nov 2019.

CARIAS, C. M. *et al.* Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 233-240, 2011.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400014>. Acesso em: 26 nov. 2019.

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

COELHO, T. L. *et al.* A propriedade intelectual na judicialização da assistência farmacêutica: uma demanda estrutural em defesa do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, e190781, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190781>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190781>. Acesso em: 26 abr. 2021.

COSTA, A. M.; BARROS, F. P. C. de; RIZZOTTO, M. L. F. Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, pp. 11-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S501>. Acesso em: 29 ago. 2021.

COSTA K. B.; SILVA, L. M.; OGATA, M. N. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 149-163, 2020.

DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saude Soc.**, v.15, n. 1, p. 73-83, 2006.

DINIZ *et al.* Notas técnicas, respostas técnicas rápidas: seus usos para embasar as decisões judiciais em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. *In*: Congresso Brasileiro de Saúde

Coletiva, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos** [...]. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/notas-tecnicas--respostas-tecnicas-rapidas--seus-usos-para-embasar-as-decisoes-judiciais-em-saude-no-estado-de-minas-ger>. Acesso em: 13 ago. 2021.

FLOOD, C. M.; GROSS, A. Litigating the right to health: what can we learn from a comparative law and health care systems approach. **Health and Human Rights Journal**, Boston, v. 16, n. 2, p. 62-72, 2014.

FLORIANI NETO, A. B.; PAMPLONA, D. A. O Impacto da desvinculação de Receitas da União nas Políticas Públicas de Saúde. **Revista Opinião Jurídica**, Fortaleza, v. 15, n. 21, p. 32-49, dez. 2017. ISSN 2447-6641. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2447-6641oj.v15i21.p32-49.2017>. Acesso em: 29 ago. 2021.

FREITAS, B. C. de; FONSECA, E. P. da; QUELUZ, D. P. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 24, e190345, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>. Acesso em: 12 ago. 2021.

FREITAS, B. R.; OLIVEIRA, A. R. de. AVALIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DA ZONA DA MATA MINEIRA: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS GESTORES DE SAÚDE. **HOLOS**, [S.l.], v. 3, p. 338-353, 2015. ISSN 1807-1600. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2015.2701>. Acesso em: 30 ago. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HOLLOWAY, K. A.; IVANOVSKA, V; WAGNER, A. K.; VIALLE-VALENTIN, C.; ROSS-DEGNAN, D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. **Trop Med Int Health**, v. 18, n. 6, p. 656-64, 2013. <https://doi.org/10.1111/tmi.12123>.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Orçamento temático de acesso a medicamentos 2019**. Brasília, DF: INESC, 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/12/OTMED-2020.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

IZIDORO, J. B. *et al.* Impacto orçamentário da incorporação de medicamentos para tratamento em segunda linha do edema macular diabético no SUS sob a perspectiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00145518, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00145518>. Acesso em: 28 jan. 2020.

LEITE, S. L. *et al.* Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Rev. Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 13-28, 2009.

LOPES, L. de M. N. *et al.* Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde e Sociedade** [online], v. 28, n. 2, p. 124-131, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180642>. Acesso em: 26. nov. 2019.

LOPES, V. Falta de medicamentos no SUS chega a 18% em Minas Gerais. **Estado de Minas**. 17 jan. 2017. Disponível em:

https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/11/17/interna_gerais,917389/falta-de-medicamentos-no-sus-chega-a-18-em-minas-gerais.shtml.

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

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>. Acesso em: 28 jan. 2020.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. [2. Reimpr.]. São Paulo: Atlas, 2018.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**; v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MAZZA, F. F.; MENDES, A. N. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2014.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 4.429 de 01 de agosto de 2014**. Regulamenta a competência do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde e dá outras providências. Disponível em:

https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2015/ciclo_judicializacao_saude/documentos/material_referencia/resolucao_ses_4429_2014.pdf.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47.101, de 05 de dezembro de 2016**. Decreta situação de calamidade financeira no âmbito do Estado. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas. 2016.

MINAS GERAIS. **Decreto n. 47.844 de 17 de janeiro de 2020**. Altera o Decreto nº 47.769, de 29 de novembro de 2019, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2020. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_mai/24-04-Decreto47844.pdf].

MOLINO, C. de G. R. C. *et al.* Comparison of the methodological quality and transparency of Brazilian practice guidelines. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 10, p. 3947-3956, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.24352017>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. **Saúde Debate**, v. 40, p. 101-16, 2016.

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. de; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 5, e00112920, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112920>. Acesso em: 15 ago. 2021.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do. **Judicialização da assistência farmacêutica em Minas Gerais: uma análise da correlação entre proteção aos direitos de propriedade intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela secretaria de estado de saúde no ano de 2010**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Biofarmacêutica) – Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do *et al.* Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública** [online]., v. 51, suppl 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062>. Acesso em: 30 ago. 2021.

NORA, L. C. D. *et al.* Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030359>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. *In*: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 8., 2008, Diamantina. **Anais...** Diamantina, 2008.

OLIVEIRA, E. A. de, LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública** [online]., v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100012>. Acesso em: 30 ago. 2021

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2021

OLIVEIRA, L. C. F. de; NASCIMENTO, M. A. A. do; LIMA, I. M. S. O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe5, p. 286-298, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523>. Acesso em: 15 ago. 2021

OLIVEIRA, P; DOMINGUES, D. C. A Judicialização da Saúde no Estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 6, p. 68-76, 2018. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/revista/Revista-Gerais_Volume-6_Numero-1_Janeiro-junho-2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002019>. Acesso em: 7 jan. 2020.

OLIVEIRA, Y. M. C. *et al.* Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]., v. 37, n. 1, e00174619, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174619>. Acesso em: 14 ago. 2021

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo (USP), 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 7 jan. 2021.

OMS (WHO). World Health Organization. **How to Develop and Implement a National Drug Policy**, 2nd ed. Geneva: WHO, 2001.

ORNELAS, T. S. A desjudicialização das demandas por medicamentos: uma análise sobre a efetividade do Núcleo de Apoio Técnico – NAT após a sua instalação no município de Joinville. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 13-40, 2018.

PAIM, L. F. N. A. *et al.* Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 201-209, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020022>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe5, p. 15-28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 29 ago. 2021.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2014, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 23 ago. 2021.

PAIXÃO, A. L. S. da. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2167-2172, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08212019>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jan. 2020.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P. da; BITTAR, C. M. L. Expansión del poder judicial en el Sistema Único de Salud Brasileño. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 111-119, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271293>. Acesso em: 28 jan. 2020.

PAULA, C. C. da S.; CAMPOS, R. B. F.; SOUZA, M. C. R. F. de. Uso irracional de medicamentos: uma perspectiva cultural. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 20869, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/issue/view/122>. Acesso em: 10 jan. 2021.

POR FALTA de medicamento, laboratórios desistem de participar de licitações em Minas. **Itatiaia**. Belo Horizonte, 01 jan. 2017. Cidades. Disponível em: https://www.itatiaia.com.br/noticia/por-falta-de-pagamento-laboratorios-desistem?_cf_chl_jschl_tk=_pmd_dd2b4d3192d77862cbabf7ba0b21f8c6f66d157a-1629153620-0-gqNtZGzNAg2jcnBszQj6. Acesso em: 20 fev. 2020.

PORTELA, A. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 31, n.1, p. 09-14, 2010. Disponível em: http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930. Acesso em: 20 fev. 2020.

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

PNM. Política Nacional de Medicamentos. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 206-209, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200018>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B.; SCHEFFER, M.. A judicialização dos anti-retrovirais no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.43-52.

SANT’ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado Rio de Janeiro**. 94f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

SANTOS, E. C. B. dos *et al.* Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e0800016, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000800016>. Acesso em: 09 jan. 2020.

SILVA, E. C. da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400021>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SILVA, R. L. N. da. Políticas Públicas e Administração Democrática. **Sequência**, n. 64, p. 57-84, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2012v33n64p57>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SOUZA, D. O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. **Saúde em debate**, v. 43, esp. 5, p. 71-81, 2019.

SCHULZE, C. J. Direito à saúde e o Poder Judiciário. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 25-64

SOUZA, L. E. P. F. de *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Acesso em: 10 jan. 2020.

TOMA, T. S. *et al.* Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 35-54, jan/mar 2017.

VASCONCELOS, D. M. M. de *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Acesso em: 31 dez. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIDAL, J., DI FABIO, J. L. Judicialización y acceso a tecnologías sanitarias: oportunidades y riesgos. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, p. e137, 2017. doi: 10.26633/RPSP.2017.137

VIEIRA, F. S. **Texto para discussão**: Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WHO. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO; 1987. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>.

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS AÇÕES JUDICIAIS DO GRUPO 1A

Distribuição dos beneficiários das ações judiciais e do Índice Mineiro de Judicialização em Saúde dos medicamentos do Grupo 1A (IMJS CEAF-1A), por regional de saúde da SES-MG

Regional de Saúde	Número de Beneficiários	%	% acumulada	População (2016)	IMJS CEAF-1A**
Belo Horizonte	3.049	26,48	26,48	5.454.400	5,59
Divinópolis	1.065	9,25	35,73	1.276.557	8,34
Varginha	537	4,66	40,40	904.209	5,94
Uberlândia	505	4,39	44,78	1.086.659	4,65
Juiz de Fora	404	3,51	48,29	810.544	4,98
Uberaba	389	3,38	51,67	768.771	5,06
Pouso Alegre	339	2,94	54,62	979.458	3,46
Passos	308	2,68	57,29	418.088	7,37
Ubá	273	2,37	59,66	487.716	5,60
Alfenas	257	2,23	61,90	485.859	5,29
Manhumirim	244	2,12	64,01	474.254	5,14
Coronel Fabriciano	243	2,11	66,13	838.603	2,90
Sete Lagoas	230	2,00	68,12	628.554	3,66
Patos de Minas	227	1,97	70,09	428.594	5,30
Itabira	171	1,49	71,58	453.531	3,77
Barbacena	167	1,45	73,03	525.166	3,18
Montes Claros	158	1,37	74,40	1.108.696	1,43
Leopoldina	156	1,35	75,76	241.770	6,45
Governador Valadares	141	1,22	76,98	697.988	2,02
São João del Rei	137	1,19	78,17	263.187	5,21
Ituiutaba	97	0,84	79,02	195.330	4,97
Ponte Nova	93	0,81	79,82	355.269	2,62
Teófilo Otoni	84	0,73	80,55	523.497	1,60
Diamantina	65	0,56	81,12	428.461	1,52

Unai	61	0,53	81,65	271.380	2,25
Pirapora	35	0,30	81,95	146.816	2,38
Januária	24	0,21	82,16	423.446	0,57
Pedra azul	22	0,19	82,35	320.757	0,69
Sem Informação	2.032	17,65	100,00	-	-
TOTAL	11.513	100,00		20.997.560	5,48

APÊNDICE B – CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS CEAF-GRUPO 1A, SEGUNDO CURVA ABC

Medicamento	Unidades demandadas por item	Valor Unitário (R\$)	Gasto total mensal da demanda (R\$)	% do valor	% acumulada	Classificação da Curva
Imunoglobulina humana 5 g	1.520	832,66	1.265.640,30	23,26%	23%	A
Rituximabe 10mg/ml	651	1.676,70	1.091.529,69	20,06%	43%	
Infliximabe 100 mg	709	846,84	600.409,56	11,03%	54%	
Adalimumabe 40 mg	865	477,35	412.911,56	7,59%	62%	
Somatropina 12 UI	944	222,20	209.756,80	3,86%	66%	
Octreotida acetato 30 mg	41	4.143,18	169.870,25	3,12%	69%	
Laronidase 0,58 mg/mL	132	1.277,05	168.569,97	3,10%	72%	
Idursulfase 2 mg/mL	32	5.169,92	165.437,43	3,04%	75%	
Fingolimode 0,5 mg	2.790	54,00	150.660,00	2,77%	78%	
Etanercepte 50 mg	425	284,49	120.908,25	2,22%	80%	
Miglustate 100 mg	1.320	76,52	101.007,87	1,86%	82%	B
Secuquinumabe 150 mg/mL	132	633,95	83.681,40	1,54%	83%	
Octreotida acetato 20 mg	27	3.067,38	82.819,31	1,52%	85%	

Cinacalcete cloridrato 30 mg	57.168	1,20	68.601,60	1,26%	86%
Tafamidis 20 mg	150	435,25	65.287,92	1,20%	87%
Micofenolato de mofetila 500 mg	102.127	0,60	61.276,20	1,13%	89%
Teriflunomida 14 mg	900	60,00	54.000,00	0,99%	90%
Tofacitinibe 5 mg	2.100	21,37	44.877,00	0,82%	90%
Etanercepte 25 mg	309	139,41	43.077,69	0,79%	91%
Insulina análoga de ação rápida 100 UI/mL	3.332	12,70	42.316,40	0,78%	92%
Lanreotida acetato 120 mg	18	2.298,41	41.371,38	0,76%	93%
Paricalcitol 5mcg/ml	1.098	25,75	28.273,50	0,52%	93%
Somatropina 4 UI	1.180	18,99	22.408,20	0,41%	94%
Abatacepte 250 mg	63	351,27	22.130,01	0,41%	94%
Natalizumabe 20 mg/mL	11	1.881,36	20.695,00	0,38%	94%
Tocilizumabe 20mg/mL	108	168,11	18.155,88	0,33%	95%
Fumarato de dimetila 240 mg	660	24,06	15.879,60	0,29%	95%
Sirolimo 1 mg	2.190	7,17	15.702,30	0,29%	95%
Sildenafil citrato 20 mg	4.290	3,47	14.886,30	0,27%	96%
Micofenolato de sódio 360 mg	5.370	2,61	14.015,70	0,26%	96%

Rivastigmina 18 mg	2.955	4,08	12.056,40	0,22%	96%	C
Lanreotida acetato 90 mg	5	2.290,28	11.451,40	0,21%	96%	
Quetiapina hemifumarato 100 mg	10.687	1,06	11.328,22	0,21%	97%	
Olanzapina 10 mg	4.829	2,25	10.865,25	0,20%	97%	
Quetiapina hemifumarato 200 mg	4.990	2,12	10.580,15	0,19%	97%	
Sirolimo 2 mg	690	14,94	10.308,60	0,19%	97%	
Imiglucerase 400 UI	6	1.608,94	9.653,64	0,18%	97%	
Toxina botulínica tipo A 500 UI	11	840,99	9.250,89	0,17%	97%	
Betainterferona 1a 44 mcg (12.000.000 UI)	63	140,14	8.828,88	0,16%	98%	
Everolimo 1 mg	1.560	5,47	8.533,20	0,16%	98%	
Betainterferona 1a 30 mcg (6.000.000 UI)	20	394,45	7.889,07	0,14%	98%	C
Toxina botulínica tipo A 100 UI	33	226,49	7.474,17	0,14%	98%	
Quetiapina hemifumarato 25 mg	13.435	0,46	6.190,85	0,11%	98%	
Desmopressina 0,1 mg/mL	149	40,25	5.997,25	0,11%	98%	
Clozapina 100 mg	5.250	1,13	5.912,08	0,11%	98%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 10.000 UI	343	16,79	5.758,97	0,11%	98%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 4.000 UI	504	11,38	5.735,52	0,11%	99%	

Filgrastim 300 mcg	169	33,90	5.729,73	0,11%	99%	C
Riluzol 50 mg	1.620	3,00	4.854,01	0,09%	99%	
Golimumabe 50 mg	4	1.167,03	4.668,10	0,09%	99%	
Deferasirox 500 mg	120	38,80	4.656,00	0,09%	99%	
Ziprasidona cloridrato 80 mg	1.110	3,95	4.384,50	0,08%	99%	
Glatirâmer acetato 20 mg	88	49,66	4.370,40	0,08%	99%	
Olanzapina 5 mg	2.882	1,40	4.035,61	0,07%	99%	
Sildenafil citrato 25 mg	1.410	2,72	3.835,20	0,07%	99%	
Everolimo 0,5 mg	1.290	2,83	3.648,75	0,07%	99%	
Ziprasidona cloridrato 40 mg	1.230	2,61	3.210,30	0,06%	99%	
Tacrolimo 1 mg	3.450	0,78	2.691,00	0,05%	99%	
Levetiracetam 100 mg/mL	79	32,00	2.528,00	0,05%	99%	
Rivastigmina 9 mg	720	3,50	2.520,00	0,05%	100%	
Cinacalcete cloridrato 60 mg	1.020	2,40	2.448,00	0,04%	100%	
Sevelâmer cloridrato 800 mg	2.220	0,98	2.171,16	0,04%	100%	
Abatacepte 125 mg/ml	8	252,08	2.016,64	0,04%	100%	
Memantina 10 mg	14.595	0,13	1.898,23	0,03%	100%	

Pramipexol dicloridrato 1 mg	1.170	1,58	1.848,60	0,03%	100%	C
Galantamina bromidrato 8 mg	406	4,51	1.831,06	0,03%	100%	
Leflunomida 20 mg	480	3,67	1.759,35	0,03%	100%	
Galantamina bromidrato 24 mg	330	4,67	1.541,10	0,03%	100%	
Tacrolimo 5 mg	450	2,89	1.300,50	0,02%	100%	
Everolimo 0,75 mg	240	4,11	986,40	0,02%	100%	
Certolizumabe pegol 200 mg	2	453,00	906,00	0,02%	100%	
Pramipexol dicloridrato 0,25 mg	1.935	0,46	890,10	0,02%	100%	
Cabergolina 0,5 mg	472	1,69	797,68	0,01%	100%	
Micofenolato de sódio 180 mg	510	1,49	759,90	0,01%	100%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 2.000 UI	76	8,78	667,27	0,01%	100%	
Rivastigmina 4,5 mg	270	2,22	599,40	0,01%	100%	
Deferasirox 125 mg	30	18,57	557,10	0,01%	100%	
Quetiapina hemifumarato 300 mg	615	0,75	461,25	0,01%	100%	
Rivastigmina 6 mg	240	1,37	328,80	0,01%	100%	
Entacapona 200 mg	180	1,71	307,80	0,01%	100%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 3.000 UI	24	12,67	304,08	0,01%	100%	

Clozapina 25 mg	1.080	0,28	297,54	0,01%	100%	
Galantamina bromidrato 16 mg	170	1,74	295,80	0,01%	100%	
Donepezila cloridrato 10 mg	795	0,30	235,96	0,00%	100%	
Metotrexato 2,5 mg	369	0,54	198,78	0,00%	100%	
Fumarato de dimetila 120 mg	14	12,03	168,42	0,00%	100%	
Donepezila cloridrato 5 mg	990	0,16	154,04	0,00%	100%	
Metotrexato 25 mg/mL	12	10,00	120,00	0,00%	100%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 1.000 UI	4	22,92	91,69	0,00%	100%	
Pramipexol dicloridrato 0,125 mg	270	0,17	44,55	0,00%	100%	
Alfataliglicerase 200 UI	0	760,00	0,00	0,00%	100%	
Betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI)	0	124,82	0,00	0,00%	100%	
Betainterferona 1b 300 mcg (9.600.000 UI)	0	98,93	0,00	0,00%	100%	
Sildenafil citrato 50 mg	1.845	Sem Informação	-			-
TOTAL			5.441.090,40			

APÊNDICE C – DOENÇAS CONTEMPLADAS PARA TRATAMENTO NO SUS

Descrição das doenças contempladas para tratamento no SUS, relacionadas aos medicamentos identificados como A na Curva ABC

Medicamento	Doença	CID-10
Adalimumabe 40 mg	Artrite idiopática juvenil	M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9
	Artrite psoriásica	M07.0, M07.2, M07.3
	Artrite reumatoide	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
	Espondilite Ancilosante e Sacroileíte	M45, M46.8
	Doença de Crohn	K50.0, K50.1, K50.8
	Hidradenite supurativa	L73.2
	Psoríase	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
	Uveítes	H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8
Etanercepte 50 mg	Artrite idiopática juvenil	M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9
	Artrite psoriásica	M07.0, M07.2, M07.3
	Artrite reumatoide	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
	Espondilite Ancilosante e Sacroileíte	M45, M46.8
	Psoríase	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8
Fingolimode 0,5 mg	Esclerose múltipla	G35
Idursulfase 2 mg/mL	Mucopolissacaridose Tipo II	E76.1
Imunoglobulina humana 5 g	Anemia hemolítica autoimune	D59.0, D59.1
	Aplasia Pura Adquirida da Série Vermelha	D60.0
	Deficiência de PNP	D81.5
	Deficiência relativa a MHC	D81.6, D81.7
	Dermatomiosite e Polimiosite	M33.0, M33.1, M33.2

	Imunodeficiência por HIV	B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0, B23.1, B23.2, B23.8, B24
	Imunodeficiência Primária com Predominância de Defeitos de Anticorpos	D80.0, D80.1, D80.3, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D83.0, D83.2, D83.8
	Imunodeficiências primárias	D81.0, D81.1, D81.2, D81.3, D81.8
	Miastenia gravis	G70.0
	Púrpura trombocitopênica idiopática	D69.3
	Síndrome de Guillain-Barré	G61.0
	Síndrome de Nezelof e DiGeorge	D81.4, D82.1
	Síndrome de Wiskott-Aldrich	D82.0
	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica/COVID-19	B34.2(somente crianças e adolescentes)
	Transplante renal	Z94.0, T86.1
Infliximabe 100 mg	Artrite idiopática juvenil	M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9
	Artrite reumatoide	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
	Artrite psoriásica	M07.0, M07.2, M07.3
	Doença de Crohn	K50.0, K50.1, K50.8
	Espondilite Ancilosante e Sacroileíte	M45, M46.8
	Retocolite Ulcerativa	K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8
Laronidase 0,58 mg/mL	Mucopolissacaridose Tipo I	E76.0
Octreotida acetato 30 mg	Acromegalia	E22.0
Rituximabe 10mg/ml	Artrite reumatoide	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Somatropina 12 UI	Deficiência do Hormônio de Crescimento	E23.0
	Síndrome de Turner	Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8

APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Patrícia de Oliveira

**PROTOCOLO PARA MONITORAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO POR
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS, COM O USO DE
INDICADORES**

Belo Horizonte

2021

Patrícia de Oliveira

**PROTOCOLO PARA MONITORAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO POR
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS, COM O USO DE
INDICADORES**

Protocolo apresentado à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto

Coorientador: Dr. André Soares Santos

Belo Horizonte

2021

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	5
3 MÉTODO	5
4 INDICADORES	5
4.2 Dados da judicialização como fonte para construção de indicadores	6
<i>4.2.1 Análise do ano da ação</i>	6
4.2.2 Proporção do número de beneficiários de ações judiciais por unidade regional de saúde (URS) de domicílio, por número da população total da URS 6	6
<i>4.2.3 Classificação dos medicamentos CEAF-grupo 1A, segundo Curva ABC</i> 7	7
<i>4.2.4 Distribuição do número de beneficiários de ações judiciais, por URS de domicílio, segundo medicamentos CEAF-grupo 1A, classificados como A na Curva ABC</i> 7	7
4.3 Os Indicadores	8
5 PROTOCOLO DE MONITORAMENTO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
APÊNDICES	13

PROTOCOLO PARA MONITORAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO POR MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS, COM O USO DE INDICADORES

- 1. INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos, a via judicial tem se tornado uma estratégia cada vez mais utilizada para a garantia do acesso a diferentes tecnologias em saúde no Brasil, incluindo os medicamentos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) (CNJ, 2019; CNJ, 2021). O presente protocolo foi elaborado com base nos resultados da pesquisa “Judicialização por Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais”, que teve como objetivo analisar os processos judicializados contra o estado de Minas Gerais (EMG) que possuem como objeto da ação, o pedido por medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do grupo 1A (CEAF-1A), no período de 01 janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2019. Os dados encontrados no estudo sugeriram que há necessidade de se criar mecanismos que favoreçam a desjudicialização no estado de Minas Gerais, com vistas à gestão mais racional dos recursos destinados à política da assistência farmacêutica. Pepe (2011) acredita que indicadores relacionados às ações judiciais são capazes de fornecer subsídios aos governos para tomada de decisão mais assertivas na gestão pública, inclusive as relacionadas ao direito à saúde ao contribuir com um melhor conhecimento das ações judiciais. A autora destaca ainda que a expectativa é que o uso e divulgação do resultado dos indicadores relacionados à demandas judiciais de medicamentos contribua com informações relevantes tanto para a gestão da saúde quanto para o Poder Judiciário e, assim favorecer a redução da judicialização, ao sugerir maior possibilidade de interação, fundamentada em informações dos litígios, entre os sistemas de Saúde e Justiça. Diante da complexidade das demandas sociais e da explosão de litigiosidade vivenciada pelo Poder Judiciário, este começou a sentir os reflexos de tamanha responsabilidade, apresentando sintomas de sobrecarga que podem ser visualizados na demora para prestação judicial final, nos custos processuais e na exaustão das partes envolvidas no conflito (CASTRO; SOUZA, 2018). Dessa forma, como parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, foi elaborado um “Protocolo de Monitoramento das Ações Judiciais dos Medicamentos CEAF-grupo 1A, com o uso de indicadores”. O protocolo de monitoramento das ações judiciais poderá ser um

instrumento importante para auxiliar na compreensão da judicialização por medicamentos do CEAF-grupo 1A, no estado de Minas Gerais, capaz de nortear o desenvolvimento de ações que contribuam com a redução da judicialização para os itens monitorados.

2. **OBJETIVO:** subsidiar a SES/MG na priorização e desenvolvimento de ações que contribuam para redução da judicialização para o grupo de medicamentos monitorados e para melhoria na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.
3. **MÉTODO:** Os indicadores e o monitoramento propostos no presente protocolo foram elaborados a partir da análise descritiva dos dados apresentados no estudo Judicialização por Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais.

4. INDICADORES:

4.1. Contextualização

Monitorar e avaliar continuamente as políticas públicas responde a uma antiga demanda de setores da sociedade por uma gestão pública de excelência e planejada, por um modelo de gestão dos recursos públicos (ALY, 2017). A avaliação, por meio de coleta contínua dos dados, mensurados por meio de indicadores corresponde ao exercício de compreender os efeitos de uma determinada situação, de maneira a subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências, seja ele na etapa de formulação ou implementação da intervenção avaliada (SOUSA, 2018). Indicador é definido como uma medida síntese e deve ser capaz de mensurar de forma simples uma situação que por si só não é evidente (OPAS, [ca. 2018]).

O grau de complexidade do processo de construção de um indicador pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. A integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios) são atributos de qualidade importantes para formulação de um

conjunto de indicadores, independente do seu grau de complexidade (RIPSA, 2008).

A construção dos indicadores, para o monitoramento da judicialização por medicamentos do CEAF-grupo 1A, foi baseada na análise das 11.936 ações ajuizadas contra o EMG, entre os anos de 1999 e 2019, em que houve obrigação de fornecimento de um ou mais medicamentos a serem avaliados. Para esta análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas em forma de percentuais e, como suporte à análise dos dados, foi utilizado o *software* Microsoft Excel 365®.

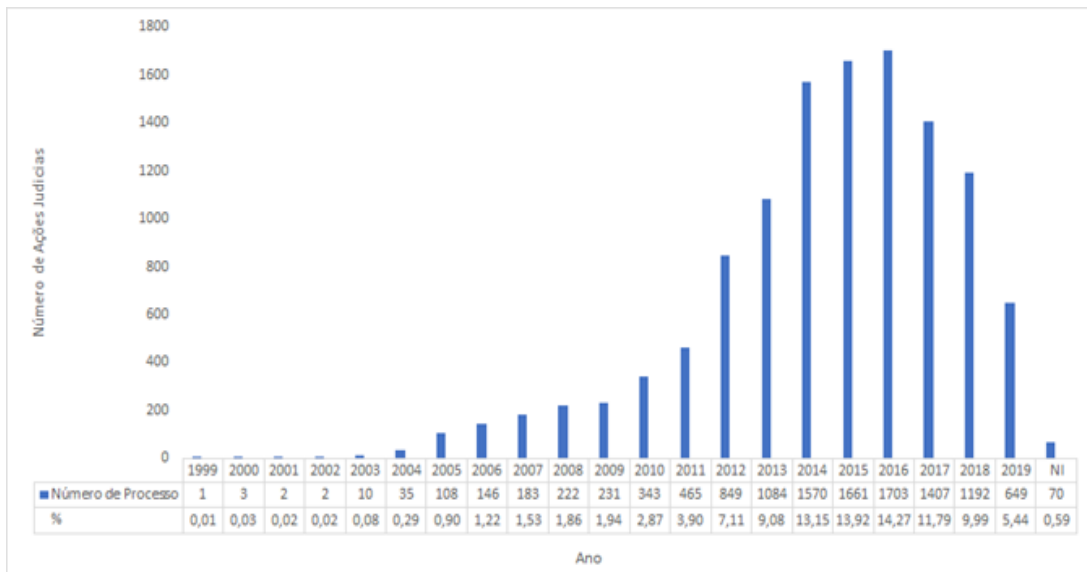
4.2. Dados da judicialização como fonte para construção dos indicadores

O funcionamento dos serviços de saúde produz dados úteis sobre a prestação de serviços, cobertura das intervenções de saúde e recursos e padrões de doença. Muitas vezes os dados provenientes de serviços de saúde são a única fonte para alguns indicadores, como acesso aos serviços de saúde e taxa de partos cesáreos (OPAS, [ca. 2018]). Dessa forma para a construção dos indicadores propostos nesse protocolo os dados utilizados foram os provenientes do atendimento dos pleitos por medicamentos do CEAF-grupo 1A: análise do ano da ação, proporção do número de beneficiários de ações judiciais por unidade regional de saúde (URS) de domicílio, por número da população total da URS e Classificação dos medicamentos CEAF-grupo 1A, segundo Curva ABC.

4.2.1 - Análise do ano da ação

Observou-se maior número de novas ações nos anos de 2014, 2015 e 2016 e uma tendência de queda a partir de 2017 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição de ações judiciais por medicamentos do CEAF-grupo 1A, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 1999 e 2019.



4.2.2 - Proporção do número de beneficiários de ações judiciais por unidade regional de saúde (URS) de domicílio, por número da população total da URS

Ao relacionar o quantitativo total de beneficiários com o tamanho da população observou-se que a Unidade Regional de Saúde (URS) de Divinópolis possui maior índice (IMJ=8,34), no entanto em relação ao número absoluto, a URS de Belo Horizonte concentrou a maior parte dos beneficiários (26,48%) (Apêndice A).

4.2.3 - Classificação dos medicamentos CEAF-grupo 1A, segundo Curva ABC

Dez medicamentos foram responsáveis por 80% dos gastos e demonstrou-se que o recurso estadual destinado ao cumprimento das demandas judiciais foi 90% superior ao recurso destinado pelo Ministério da Saúde para aquisição dos mesmos medicamentos em quantidade idêntica (Apêndice B).

4.2.4 – Distribuição do número de beneficiários de ações judiciais, por URS de domicílio,

segundo medicamentos CEAF-grupo 1A, classificados como A na Curva ABC

Ao avaliar as informações relacionadas à distribuição dos beneficiários por URS, levando em consideração exclusivamente os medicamentos classificados como A na curva ABC, observou-se que a URS de Belo Horizonte possuiu o maior número de beneficiários (28,44%) com demandas judiciais para 10 medicamentos do grupo 1A do CEAF, sendo que o medicamento adalimumabe 40mg contribuiu com 171 (36%) beneficiários dos 475 que utilizavam este insumo terapêutico. A URS de Divinópolis ocupou a segunda posição em número de beneficiários, seguida das URS de Uberlândia e Juiz de Fora que apresentaram 5,24% cada uma. Para 349 beneficiários não foi possível identificar a URS, que representou 4,02%. O medicamento rituximabe 10mg/ml foi o que apresentou maior número de beneficiários (n=555) e a regional de Belo Horizonte foi responsável pela maior parte dos beneficiários (17,12%) que judicializaram este medicamento (Apêndice C).

4.2. Os Indicadores

Indicador 1 – Número de Novas Ações Judiciais por Ano: número absoluto de novas ações judiciais dos medicamentos CEAF-1A, por ano de ajuizamento da ação	
Interpretação	Estima a concentração de ação judicial dos medicamentos CEAF-1A por ano
Usos	Analisa concentrações de novas ações em diferentes anos, podendo identificar tendências de crescimento, queda ou estagnação em determinado período
Limitações	<p>Dificuldade em se estabelecer uma fonte padronizada para obtenção do ano da ação, uma vez que para o estudo foi utilizado o dado extraído do registro numérico dos processos judiciais e necessitou de uma análise individual das ações, o que tornou o processo moroso e com perda de dados quando o registro numérico das ações apresentava erros.</p> <p>Para sanar a dificuldade de acesso ao dado, sugere-se, a curto prazo, a inclusão de uma coluna com a informação “ano da ação” na planilha utilizada para o planejamento de compras, além da inclusão de uma coluna com a informação que o medicamento pertence ao CEAF-grupo 1A.</p> <p>Sugere-se, a longo prazo, as seguintes melhorias no SIGAFJUD: i) a criação de um campo com preenchimento automático da informação “ano da ação”, baseado no preenchimento do número da ação no SIGAFJUD; ii) realizar a estratificação por grupos do CEAF: CEAF-grupo 1A, CEAF-grupo 1B, CEAF-grupo 2, no campo programa da assistência farmacêutica, ii) realizar, no SIGAFJUD, no campo programa da assistência farmacêutica a estratificação por grupos do CEAF: CEAF-grupo 1A, CEAF-grupo 1B, CEAF-grupo 2; iii) elaborar relatórios analíticos que possam ser emitidos com as informações ano da ação e medicamentos do CEAF-grupo 1A.</p>
Fontes	Base de dados do NJS: Planilha de planejamento de compras e registros no SIGAFJUD
Método de Cálculo	Soma das novas ações judiciais relacionadas aos medicamentos CEAF-grupo 1A no ano avaliado
Plano de Análise	Neste indicador recomenda-se que os resultados sejam expressos em números absolutos e que se realize comparação com os anos anteriores
Interfaces com outras avaliações	Recomenda-se fortemente que também seja realizada a avaliação de novas ações por ano, levando em consideração a avaliação por medicamento. Sugere-se que os dados monitorados neste indicador sejam relacionados com a incorporação e disponibilidade do medicamento no SUS, bem como o PCDT correspondente.

Indicador 2 – Proporção do número de beneficiários de ação judicial por unidade regional de saúde (URS) de domicílio, por número da população total da URS: conjunto de beneficiários das ações judiciais estudadas, expressa por meio do Índice Mineiro de Judicialização em Saúde (IMJS) para o CEAF-grupo 1A, por URS, no período estudado	
Interpretação	Relaciona o quantitativo total de beneficiários com o tamanho da população da URS.
Usos	Identifica locais onde pode haver dificuldade de acesso aos medicamentos por grupos específicos e/ou para doenças específicas Identifica locais onde possa estar havendo maior pressão por incorporação de medicamentos específicos Identifica possíveis iniquidades na prestação de serviços de saúde e de acesso ao judiciário
Limitações	Ausências no preenchimento na coluna destinada à informação da URS do beneficiário da ação judicial. Para sanar a perda de dados relacionados à URS, sugere-se, a curto prazo, a inclusão de uma lista contendo a descrição das 28 regionais, utilizando a ferramenta validação de dados no arquivo do excel. Assim, o responsável por alimentar a planilha, poderá de forma mais fácil preencher o campo URS do beneficiário da ação. Sugere-se, a longo prazo, as seguintes melhorias no SIGAFJUD: i) realizar a estratificação por grupos do CEAF: CEAF-grupo 1A, CEAF-grupo 1B, CEAF-grupo 2, no campo programa da assistência farmacêutica; iii) elaborar relatórios analíticos que possam ser emitidos com as informações beneficiários de medicamentos do CEAF-grupo 1A e a respectiva URS do beneficiário.
Fontes	Base de dados do NJS: Planilha de planejamento de compras e registros no SIGAFJUD
Método de Cálculo	$IMJ = \text{número de beneficiários por regional de domicílio/população total da URS} \times 10.000$
Plano de Análise	Neste indicador deve-se utilizar a distribuição dos beneficiários utilizando as URS definidas pela SES/MG.
Interfaces com outras avaliações	Recomenda-se fortemente que seja realizada a avaliação levando em consideração os diferentes medicamentos, estratificando o número de beneficiários por URS por medicamento pleiteado. Sugere-se que os dados monitorados neste indicador sejam relacionados com a rede de assistência regional e o acesso à justiça pela população avaliada. É indicado que sejam avaliados os principais proponentes das ações na URS

Indicador 3 – Classificação dos medicamentos CEAF-grupo 1A, segundo Curva ABC: classificar o impacto financeiro do cumprimento das demandas judiciais.	
Interpretação	Classifica o impacto financeiro dos medicamentos avaliados, segundo agrupamento do medicamento na classe A, B ou C da Curva ABC.
Usos	Identifica a relação dos medicamentos que correspondem a 80%, 15% e 5% dos gastos relacionados ao cumprimento dos medicamentos pleiteados. Possibilita estabelecer ordem de prioridade no desenvolvimento de ações que contribuam para a redução das ações judiciais, conforme ordem de relevância financeira.
Limitações	Dificuldade de se estabelecer uma fonte padronizada para obtenção dos valores de aquisição dos medicamentos, principalmente em períodos de desabastecimentos por problemas licitatórios. Para sanar a dificuldade de acesso aos dados relacionados aos valores de aquisição pelo EMG, padronizar preferencialmente o valor praticado pelo EMG, utilizando como fonte de informações o portal de compras do governo, através do link: www.compras.mg.gov.br . Caso não haja disponibilidade dos preços pelo portal de compras usar como opção os valores de aquisição do medicamento praticados pelo Ministério da Saúde, que podem ser acessados pelo SIGAF.
Fontes	Portal de Compras - www.compras.mg.gov.br SIGAF - http://sigaf.saude.mg.gov.br/
Método de Cálculo	Para aplicação da metodologia deve-se estabelecer os seguintes critérios: o preço (R\$) por unidade, a quantidade mensal demandada por medicamento, o preço mensal total demandado e a descrição de cada medicamento. O preço mensal total demandado por medicamento foi obtido por meio da multiplicação do valor unitário e da quantidade mensal demandada por medicamento. Deve-se calcular o percentual que o valor de cada medicamento representa em relação aos medicamentos estudados, bem como o percentual acumulativo. Os medicamentos que estiverem entre os que representam 80% do valor são classificados como A, os que apresentarem entre 81 e 85% são classificados como B, os medicamentos classificados como 86 a 100% são classificados como C.
Plano de Análise	Neste indicador deve-se utilizar sempre o mesmo período de referência em relação às informações dos valores para todos os medicamentos analisados.
Interfaces com outras avaliações	Recomenda-se que sejam verificadas as doenças para quais os medicamentos foram demandados pela via judicial e nos casos em que houver compatibilidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, estabeleça-se os meios para que haja migração do atendimento dos usuários da via judicial para a via administrativa.

5. PROTOCOLO DE MONITORAMENTO

Propõem-se que o indicador 1 seja monitorado anualmente e, em caso da obtenção dos valores do ano de forma detalhada. Deve ser considerado sempre o período que vai do primeiro dia do ano, ou seja 01 de janeiro até o dia 31 de dezembro, último dia do ano estudado.

Para o monitoramento a ser realizado a partir da análise do indicador 2, sugere-se uma avaliação semestral, bem como realização das ações recomendadas no campo “interfaces

com outras avaliações”.

O indicador 3 deve ser elaborado minimamente anualmente e deve ser atualizado sempre que houver nova disponibilidade de medicamento do CEAF- grupo 1A.

Uma apresentação com os resultados obtidos no monitoramento deve ser realizada no Comitê Estadual de Saúde de Minas⁴, instância vinculada ao Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde e recomendado pelo Conselho Nacional de Justiça, com o objetivo de promover um debate, com os membros do comitê, sobre a judicialização dos medicamentos avaliados de posse de uma avaliação técnica realizada por meio da execução deste protocolo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALV, C. M. C. *et al.* O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 113 [Acessado 9 Setembro 2021], pp. 500-512. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711312>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711312>.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas para solução. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa. [internet]. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/judicializacao-e-sociedade-acoes-para-acesso-a-saude-publica-de-qualidade/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de saúde**. Elementos conceituais e práticos. [ca. 2018]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y Acesso em: 18 ago. 2021.

⁴ O Comitê é composto por membros da magistratura estadual e federal, da Procuradoria da República, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual e da União, da Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais, da União, por profissionais da Procuradoria do Município de Belo Horizonte, do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Minas Gerais, de Secretarias municipais de saúde, da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, do Conselho de Secretarias Estaduais de Saúde (Cosem) e do Procon Assembleia/MG.

PEPE, V. L. E.; VENTURA, M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. (Organizadoras). **Manual de Indicadores de Avaliação e Monitoramento das Demandas Judiciais de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. 56 p.

RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SOUSA, A. N.. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe1, p. 289-301, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>>. Acesso em: 10 set. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>.

APÊNDICE A – Distribuição dos beneficiários das ações judiciais e do Índice Mineiro de Judicialização em Saúde dos medicamentos do Grupo 1A (IMJS CEAF-grupo 1A), por regional de saúde da SES-MG

Regional de Saúde	Número de Beneficiários	%	% acumulada	População (2016)	IMJS CEAF-1A**
Belo Horizonte	3.049	26,48	26,48	5.454.400	5,59
Divinópolis	1.065	9,25	35,73	1.276.557	8,34
Varginha	537	4,66	40,40	904.209	5,94
Uberlândia	505	4,39	44,78	1.086.659	4,65
Juiz de Fora	404	3,51	48,29	810.544	4,98
Uberaba	389	3,38	51,67	768.771	5,06
Pouso Alegre	339	2,94	54,62	979.458	3,46
Passos	308	2,68	57,29	418.088	7,37
Ubá	273	2,37	59,66	487.716	5,60
Alfenas	257	2,23	61,90	485.859	5,29
Manhumirim	244	2,12	64,01	474.254	5,14
Coronel Fabriciano	243	2,11	66,13	838.603	2,90
Sete Lagoas	230	2,00	68,12	628.554	3,66
Patos de Minas	227	1,97	70,09	428.594	5,30
Itabira	171	1,49	71,58	453.531	3,77
Barbacena	167	1,45	73,03	525.166	3,18

Montes Claros	158	1,37	74,40	1.108.696	1,43
Leopoldina	156	1,35	75,76	241.770	6,45
Governador Valadares	141	1,22	76,98	697.988	2,02
São João del Rei	137	1,19	78,17	263.187	5,21
Ituiutaba	97	0,84	79,02	195.330	4,97
Ponte Nova	93	0,81	79,82	355.269	2,62
Teófilo Otoni	84	0,73	80,55	523.497	1,60
Diamantina	65	0,56	81,12	428.461	1,52
Unaí	61	0,53	81,65	271.380	2,25
Pirapora	35	0,30	81,95	146.816	2,38
Januária	24	0,21	82,16	423.446	0,57
Pedra azul	22	0,19	82,35	320.757	0,69
Sem Informação	2.032	17,65	100,00	-	-
TOTAL	11.513	100,00		20.997.560	5,48

APÊNDICE B – Classificação dos medicamentos CEAF-grupo 1A, segundo Curva ABC

Medicamento	Unidades demandadas por item	Valor Unitário (R\$)	Gasto total mensal da demanda (R\$)	% do valor	% acumulada	Classificação da Curva
Imunoglobulina humana 5 g	1.520	832,66	1.265.640,30	23,26%	23%	A
Rituximabe 10mg/ml	651	1.676,70	1.091.529,69	20,06%	43%	
Infliximabe 100 mg	709	846,84	600.409,56	11,03%	54%	
Adalimumabe 40 mg	865	477,35	412.911,56	7,59%	62%	
Somatropina 12 UI	944	222,20	209.756,80	3,86%	66%	
Octreotida acetato 30 mg	41	4.143,18	169.870,25	3,12%	69%	
Laronidase 0,58 mg/mL	132	1.277,05	168.569,97	3,10%	72%	
Idursulfase 2 mg/mL	32	5.169,92	165.437,43	3,04%	75%	
Fingolimode 0,5 mg	2.790	54,00	150.660,00	2,77%	78%	
Etanercepte 50 mg	425	284,49	120.908,25	2,22%	80%	
Miglustate 100 mg	1.320	76,52	101.007,87	1,86%	82%	
Secuquinumabe 150 mg/mL	132	633,95	83.681,40	1,54%	83%	
Octreotida acetato 20 mg	27	3.067,38	82.819,31	1,52%	85%	
Cinacalcete cloridrato 30 mg	57.168	1,20	68.601,60	1,26%	86%	
Tafamidis 20 mg	150	435,25	65.287,92	1,20%	87%	
Micofenolato de mofetila 500 mg	102.127	0,60	61.276,20	1,13%	89%	
Teriflunomida 14 mg	900	60,00	54.000,00	0,99%	90%	

Tofacitinibe 5 mg	2.100	21,37	44.877,00	0,82%	90%	
Etanercepte 25 mg	309	139,41	43.077,69	0,79%	91%	
Insulina análoga de ação rápida 100 UI/mL	3.332	12,70	42.316,40	0,78%	92%	
Lanreotida acetato 120 mg	18	2.298,41	41.371,38	0,76%	93%	
Paricalcitol 5mcg/ml	1.098	25,75	28.273,50	0,52%	93%	
Somatropina 4 UI	1.180	18,99	22.408,20	0,41%	94%	
Abatacepte 250 mg	63	351,27	22.130,01	0,41%	94%	
Natalizumabe 20 mg/mL	11	1.881,36	20.695,00	0,38%	94%	
Tocilizumabe 20mg/mL	108	168,11	18.155,88	0,33%	95%	
Fumarato de dimetila 240 mg	660	24,06	15.879,60	0,29%	95%	
Sirolimo 1 mg	2.190	7,17	15.702,30	0,29%	95%	
Sildenafil citrato 20 mg	4.290	3,47	14.886,30	0,27%	96%	C
Micofenolato de sódio 360 mg	5.370	2,61	14.015,70	0,26%	96%	
Rivastigmina 18 mg	2.955	4,08	12.056,40	0,22%	96%	
Lanreotida acetato 90 mg	5	2.290,28	11.451,40	0,21%	96%	
Quetiapina hemifumarato 100 mg	10.687	1,06	11.328,22	0,21%	97%	
Olanzapina 10 mg	4.829	2,25	10.865,25	0,20%	97%	

Quetiapina hemifumarato 200 mg	4.990	2,12	10.580,15	0,19%	97%	C
Sirolimo 2 mg	690	14,94	10.308,60	0,19%	97%	
Imiglucerase 400 UI	6	1.608,94	9.653,64	0,18%	97%	
Toxina botulínica tipo A 500 UI	11	840,99	9.250,89	0,17%	97%	
Betainterferona 1a 44 mcg (12.000.000 UI)	63	140,14	8.828,88	0,16%	98%	
Everolimo 1 mg	1.560	5,47	8.533,20	0,16%	98%	
Betainterferona 1a 30 mcg (6.000.000 UI)	20	394,45	7.889,07	0,14%	98%	
Toxina botulínica tipo A 100 UI	33	226,49	7.474,17	0,14%	98%	
Quetiapina hemifumarato 25 mg	13.435	0,46	6.190,85	0,11%	98%	
Desmopressina 0,1 mg/mL	149	40,25	5.997,25	0,11%	98%	
Clozapina 100 mg	5.250	1,13	5.912,08	0,11%	98%	C
Alfaepoetina (eritropoetina) 10.000 UI	343	16,79	5.758,97	0,11%	98%	
Alfaepoetina (eritropoetina) 4.000 UI	504	11,38	5.735,52	0,11%	99%	
Filgrastim 300 mcg	169	33,90	5.729,73	0,11%	99%	
Riluzol 50 mg	1.620	3,00	4.854,01	0,09%	99%	
Golimumabe 50 mg	4	1.167,03	4.668,10	0,09%	99%	
Deferasirox 500 mg	120	38,80	4.656,00	0,09%	99%	
Ziprasidona cloridrato 80 mg	1.110	3,95	4.384,50	0,08%	99%	

Glatirâmer acetato 20 mg	88	49,66	4.370,40	0,08%	99%
Olanzapina 5 mg	2.882	1,40	4.035,61	0,07%	99%
Sildenafil citrato 25 mg	1.410	2,72	3.835,20	0,07%	99%
Everolimo 0,5 mg	1.290	2,83	3.648,75	0,07%	99%
Ziprasidona cloridrato 40 mg	1.230	2,61	3.210,30	0,06%	99%
Tacrolimo 1 mg	3.450	0,78	2.691,00	0,05%	99%
Levetiracetam 100 mg/mL	79	32,00	2.528,00	0,05%	99%
Rivastigmina 9 mg	720	3,50	2.520,00	0,05%	100%
Cinacalcete cloridrato 60 mg	1.020	2,40	2.448,00	0,04%	100%
Sevelâmer cloridrato 800 mg	2.220	0,98	2.171,16	0,04%	100%
Abatacepte 125 mg/ml	8	252,08	2.016,64	0,04%	100%
Memantina 10 mg	14.595	0,13	1.898,23	0,03%	100%
Pramipexol dicloridrato 1 mg	1.170	1,58	1.848,60	0,03%	100%
Galantamina bromidrato 8 mg	406	4,51	1.831,06	0,03%	100%
Leflunomida 20 mg	480	3,67	1.759,35	0,03%	100%
Galantamina bromidrato 24 mg	330	4,67	1.541,10	0,03%	100%
Tacrolimo 5 mg	450	2,89	1.300,50	0,02%	100%

Everolimo 0,75 mg	240	4,11	986,40	0,02%	100%
Certolizumabe pegol 200 mg	2	453,00	906,00	0,02%	100%
Pramipexol dicloridrato 0,25 mg	1.935	0,46	890,10	0,02%	100%
Cabergolina 0,5 mg	472	1,69	797,68	0,01%	100%
Micofenolato de sódio 180 mg	510	1,49	759,90	0,01%	100%
Alfaepoetina (eritropoetina) 2.000 UI	76	8,78	667,27	0,01%	100%
Rivastigmina 4,5 mg	270	2,22	599,40	0,01%	100%
Deferasirox 125 mg	30	18,57	557,10	0,01%	100%
Quetiapina hemifumarato 300 mg	615	0,75	461,25	0,01%	100%
Rivastigmina 6 mg	240	1,37	328,80	0,01%	100%
Entacapona 200 mg	180	1,71	307,80	0,01%	100%
Alfaepoetina (eritropoetina) 3.000 UI	24	12,67	304,08	0,01%	100%
Clozapina 25 mg	1.080	0,28	297,54	0,01%	100%
Galantamina bromidrato 16 mg	170	1,74	295,80	0,01%	100%
Donepezila cloridrato 10 mg	795	0,30	235,96	0,00%	100%

Metotrexato 2,5 mg	369	0,54	198,78	0,00%	100%
Fumarato de dimetila 120 mg	14	12,03	168,42	0,00%	100%
Donepezila cloridrato 5 mg	990	0,16	154,04	0,00%	100%
Metotrexato 25 mg/mL	12	10,00	120,00	0,00%	100%
Alfaepoetina (eritropoetina) 1.000 UI	4	22,92	91,69	0,00%	100%
Pramipexol dicloridrato 0,125 mg	270	0,17	44,55	0,00%	100%
Alfatiglicerase 200 UI	0	760,00	0,00	0,00%	100%
Betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI)	0	124,82	0,00	0,00%	100%
Betainterferona 1b 300 mcg (9.600.000 UI)	0	98,93	0,00	0,00%	100%
Sildenafil citrato 50 mg	1.845	Sem Informaça o	-		-
TOTAL			5.441.090,40		

APENDICE C - Distribuição do número de beneficiários de ações judiciais, por URS de domicílio, segundo medicamentos CEAF-grupo 1A, classificados como A na Curva ABC

Regional de Saúde	Número de demandas por medicamentos classificados como A na Curva ABC (% por regional de saúde)										
	Adalimumabe 40 mg	Etanercepte 50 mg	Fingolimode 0,5 mg	Idursulfase 2 mg/mL	Imunoglobulina humana 5 g	Infliximabe 100 mg	Laronidase 0,58 mg/mL	Octreotida acetato 30 mg	Rituximabe 10mg/ml	Somatropina 12UI	Total
Alfenas	23 (4,84)	3 (2,10)	2 (1,45)	-	7 (5,88)	6 (2,21)	-	-	10 (1,80)	6 (4,23)	57 (2,99)
Barbacena	3 (0,63)	4 (2,80)	5 (3,62)	-	2 (1,68)	9 (3,31)	-	-	5 (0,90)	6 (4,23)	34 (1,78)
Belo Horizonte	171 (36,00)	24 (16,78)	41 (29,71)	3 (60,00)	20 (16,81)	114 (41,91)	3 (50,00)	15 (27,78)	95 (17,12)	57 (40,14)	543 (28,44)
Coronel Fabriciano	5 (1,05)	-	-	-	3 (2,52)	6 (2,21)	-	-	2 (0,36)	1 (0,70)	17 (0,89)
Diamantina	6 (1,26)	-	1 (0,72)	-	1 (0,84)	3 (1,10)	-	-	1 (0,18)	8 (5,63)	20 (1,05)
Divinópolis	31 (6,53)	4 (2,80)	7 (5,07)	-	10 (8,40)	22 (8,09)	1 (16,67)	7 (12,96)	52 (9,37)	-	134 (7,02)
Governador Valadares	8 (1,68)	1 (0,70)	2 (1,45)	-	7 (5,88)	4 (1,47)	-	-	7 (1,26)	-	29 (1,52)
Itabira	3 (0,63)	2 (1,40)	3 (2,17)	-	1 (0,84)	2 (0,74)	-	-	5 (0,90)	4 (2,82)	20 (1,05)
Ituiutaba	2 (0,42)	-	-	-	2 (1,68)	-	-	-	7 (1,26)	1 (0,70)	12 (0,63)
Januária	-	-	-	-	4 (3,36)	-	-	-	1 (0,18)	-	5 (0,26)
Juiz de Fora	38 (8,00)	10 (6,99)	3 (2,17)	-	13 (10,92)	10 (3,68)	-	2 (3,70)	24 (4,32)	-	100 (5,24)
Leopoldina	4 (0,84)	1 (0,70)	-	1 (20,00)	1 (0,84)	2 (0,74)	-	-	4 (0,72)	3 (2,11)	16 (0,84)
Manhumirim	1 (0,21)	-	-	-	4 (3,36)	1 (0,37)	-	-	7 (1,26)	1 (0,70)	14 (0,73)
Montes Claros	3 (0,63)	-	1 (0,72)	-	5 (4,20)	5 (1,84)	1 (16,67)	1 (1,85)	6 (1,08)	2 (1,41)	24 (1,26)
Passos	11 (2,32)	-	2 (1,45)	-	6 (5,04)	9 (3,31)	-	-	22 (3,96)	3 (2,11)	53 (2,78)

Patos de Minas	16 (3,37)	1 (0,70)	1 (0,72)	-	1 (0,84)	4 (1,47)	1 (16,67)	1 (1,85)	8 (1,44)	1 (0,70)	34 (1,78)
Pedra azul	-	1 (0,70)	1 (0,72)	-	-	1 (0,37)	-	2 (3,70)	-	-	5 (0,26)
Pirapora	2 (0,42)	-	-	-	-	1 (0,37)	-	-	2 (0,36)	-	5 (0,26)
Ponte Nova	3 (0,63)	1 (0,70)	1 (0,72)	-	3 (2,52)	5 (1,84)	-	1 (1,85)	3 (0,54)	2 (1,41)	19 (1,00)
Pouso Alegre	14 (2,92)	2 (1,40)	1 (0,72)	1 (20,00)	7 (5,88)	25 (9,19)	-	1 (1,85)	13 (2,34)	4 (2,82)	68 (3,56)
São João del Rei	3 (0,63)	7 (4,90)	1 (0,72)	-	2 (1,68)	-	-	-	3 (0,54)	2 (1,41)	18 (0,94)
Sete Lagoas	11 (2,32)	-	-	-	4 (3,36)	4 (1,47)	-	1 (1,85)	3 (0,54)	6 (4,23)	29 (1,52)
Teófilo Otoni	5 (1,05)	-	1 (0,72)	-	1 (0,84)	1 (0,37)	-	-	-	-	8 (4,42)
Ubá	11 (2,32)	4 (2,80)	-	-	3 (2,52)	5 (1,84)	-	-	4 (0,72)	-	27 (1,41)
Uberaba	34 (7,16)	2 (1,40)	4 (2,90)	-	1 (0,84)	9 (3,31)	-	3 (5,56)	20 (3,60)	9 (6,34)	82 (4,30)
Uberlândia	34 (7,16)	2 (1,40)	7 (5,07)	-	3 (2,52)	11 (4,04)	-	4 (7,41)	24 (4,32)	15 (10,56)	100 (5,24)
Unai	3 (0,63)	-	-	-	1 (0,84)	1 (0,37)	-	-	2 (0,36)	-	7 (0,37)
Varginha	30 (6,32)	3 (2,10)	1 (0,72)	-	7 (5,88)	11 (4,04)	-	3 (5,56)	16 (2,88)	9 (6,34)	80 (4,19)
Sem Informação	-	71 (49,65)	53 (38,41)	-	-	1 (0,37)	-	13 (24,07)	209 (37,66)	2 (1,41)	349 (18,28)
Total	475 (100,00)	143 (100,00)	138 (100,00)	5 (100,00)	119 (100,00)	272 (100,00)	6 (100,00)	54 (100,00)	555 (100,00)	142 (100,00)	1.909 (100,00)

ANEXO I – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

GRUPO 1A: Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Descrição	Lista conforme Portaria nº 344/1998
Abatacepte 125 mg/mL solução injetável	-
Abatacepte 250 mg pó para solução injetável	-
Adalimumabe 40 mg solução injetável (frasco-ampola)	-
Adalimumabe 40 mg solução injetável (seringa preenchida)	-
Aflibercepte 2 mg injetável (frasco-ampola)	-
Alfa-1-glicosidase 30 mg pó para solução injetável	-
Alfadornase 1mg/mL solução para inalação (ampola com 2,5 mL)	-
Alfaeloculfase 5 mg solução injetável	-
Alfaepoetina (eritropoetina) 1.000 UI solução injetável	-
Alfaepoetina (eritropoetina) 2.000 UI solução injetável	-
Alfaepoetina (eritropoetina) 3.000 UI solução injetável ou pó para solução injetável	-
Alfaepoetina (eritropoetina) 4.000 UI solução injetável ou pó para solução injetável	-
Alfaepoetina (eritropoetina) 10.000 UI solução injetável ou pó para solução injetável	-
Alfabetaliglicerase 200 UI pó para solução injetável	-
Alfavelaglicerase 200 UI pó para solução injetável	-
Alfavelaglicerase 400 UI pó para solução injetável	-
Betainterferona 1a 44 mcg (12.000.000 UI) solução injetável	-
Betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) solução injetável	-
Betainterferona 1a 30 mcg (6.000.000 UI) pó para solução injetável	-
Betainterferona 1b 300 mcg (9.600.000 UI) pó para solução injetável	-
Bimatoprost 0,3 mg/mL (0,03%) solução oftálmica (frasco com 3 mL)	-
Biotina 2,5 mg cápsula	-
Cabergolina 0,5 mg comprimido	-
Certolizumabe pegol 200 mg solução injetável	-
Cinacalcete cloridrato 30 mg comprimido	-
Cinacalcete cloridrato 60 mg comprimido	-
Clozapina 100 mg comprimido	CI
Clozapina 25 mg comprimido	CI
Deferasirox 125 mg comprimido para suspensão	-
Deferasirox 250 mg comprimido para suspensão	-
Deferasirox 300 mg comprimido para suspensão	-
Desmopressina 0,1 mg/mL solução nasal (frasco com 2,5 mL)	-
Desmopressina acetato 0,1 mg comprimido	-
Desmopressina acetato 0,2 mg comprimido	-
Donepezila cloridrato 10 mg comprimido	CI
Donepezila cloridrato 5 mg comprimido	CI
Eculizumabe 10 mg/mL solução para diluição para infusão	-
Enoxaparina sódica 40 mg/0,4 mL solução injetável	-
Entacapona 200 mg comprimido	CI
Etanercepte 25 mg solução injetável	-
Etanercepte 50 mg solução injetável	-
Everolimo 0,5 mg comprimido	-
Everolimo 0,75 mg comprimido	-

Elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Descrição	Lista conforme Portaria nº 344/1998
Everolimo 1 mg comprimido	-
Filgrastim 300 mcg solução injetável	-
Fingolimode 0,5 mg cápsula	-
Fumarato de dimetila 120 mg cápsula	-
Fumarato de dimetila 240 mg cápsula	-
Galantamina bromidrato 8 mg cápsula de liberação prolongada	C1
Galantamina bromidrato 16 mg cápsula de liberação prolongada	C1
Galantamina bromidrato 24 mg cápsula de liberação prolongada	C1
Galsulfase 3 mg solução injetável	-
Glatirâmer acetato 20 mg solução injetável	-
Glatirâmer acetato 40 mg solução injetável	-
Golimumabe 50 mg solução injetável	-
Idursulfase 2 mg/mL solução injetável	-
Imiglucerase 200 UI pó para solução injetável	-
Imiglucerase 400 UI pó para solução injetável	-
Imunoglobulina humana 5 g pó para solução injetável ou solução injetável	-
Infliximabe 100 mg pó para solução injetável (frasco com 10 mL)	-
Insulina análoga de ação rápida 100 UI/mL solução injetável com sistema de aplicação	-
Insulina análoga de ação prolongada 100 UI/mL solução injetável com sistema de aplicação	-
Lanreotida acetato 60 mg solução injetável	-
Lanreotida acetato 90 mg solução injetável	-
Lanreotida acetato 120 mg solução injetável	-
Larotidase 0,58 mg/mL solução injetável	-
Latanoprost 0,05 mg/mL solução oftálmica (frasco com 2,5 mL)	-
Leflunomida 20 mg comprimido	C1
Levetiracetam 100 mg/mL solução oral	C1
Levetiracetam 250 mg comprimido	C1
Levetiracetam 750 mg comprimido	C1
Memantina 10 mg comprimido	C1
Metotrexato 2,5 mg comprimido	-
Metotrexato 25 mg/mL solução injetável (frasco com 2 mL)	-
Micofenolato de sódio 180 mg comprimido	-
Micofenolato de sódio 360 mg comprimido	-
Micofenolato de mofetila 300 mg comprimido	-
Miglustate 100 mg cápsula	-
Natalizumabe 20 mg/mL solução injetável	-
Nusinersena 2,4mg/mL solução injetável	-
Octreotida acetato 20 mg pó para suspensão injetável	-
Octreotida acetato 30 mg pó para suspensão injetável	-
Olanzapina 5 mg comprimido	C1
Olanzapina 10 mg comprimido	C1
Paricalcitol 3 mcg/mL solução injetável (ampola com 1 mL)	-
Pramipexol dicloridrato 0,125 mg comprimido	C1
Pramipexol dicloridrato 0,25 mg comprimido	C1
Pramipexol dicloridrato 1 mg comprimido	C1
Quetiapina hemifumarato 25 mg comprimido	C1
Quetiapina hemifumarato 100 mg comprimido	C1

Elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Descrição	Lista conforme Portaria nº 344/1998
Quetiapina hemifumarato 200 mg comprimido	CL
Quetiapina hemifumarato 300 mg comprimido	CL
Rasagilina mesilato 1 mg comprimido	CL
Riluzol 50 mg comprimido	-
Rituximabe 10 mg/mL solução injetável (frasco com 50 mL)	-
Rivastigmina 1,5 mg cápsula	CL
Rivastigmina 3 mg cápsula	CL
Rivastigmina 4,5 mg cápsula	CL
Rivastigmina 6 mg cápsula	CL
Rivastigmina 9 mg adesivo transdérmico	CL
Rivastigmina 18 mg adesivo transdérmico	CL
Secuquinumabe 150 mg/mL pó para solução injetável	-
Sevelâmer cloridrato 800 mg comprimido	-
Sildenafil citrato 20 mg comprimido	-
Sildenafil citrato 25 mg comprimido	-
Sildenafil citrato 50 mg comprimido	-
Sirolimo 1 mg drágea	-
Sirolimo 2 mg drágea	-
Somatropina 12 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 15 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 16 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 18 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 24 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 30 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Somatropina 4 UI pó para solução injetável (frasco-ampola)	CS
Tacrolimo 1 mg cápsula	-
Tacrolimo 5 mg cápsula	-
Tafamido 20 mg cápsula	-
Terifunomida 14 mg comprimido	-
Tobramicina 300 mg solução instetória	-
Tocilizumabe 20 mg/mL injetável (frasco-ampola com 4 mL)	-
Tofacitinibe 5 mg comprimido	-
Toxina botulínica tipo A 100 UI pó para solução injetável	-
Toxina botulínica tipo A 300 UI pó para solução injetável	-
Travoprost 0,04 mg/mL solução oftálmica (frasco com 2,5 mL)	-
Trietina 250mg cápsula	-
Ustekinumabe 45 mg solução injetável	-
Vedolizumabe 300mg pó para solução injetável	-
Ziprasidona cloridrato 40 mg cápsula	CL
Ziprasidona cloridrato 80 mg cápsula	CL

Elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Os medicamentos a seguir encontram-se em processo de migração do grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, conforme Portaria GM/MS nº 1.337, de 12 de junho de 2020.

Descrição
Alfapecinterferona 2a 180mcg (solução injetável)
Alfapecinterferona 2b 118,4 mcg (80 mcg/0,5 mL após reconstituição) (pó para solução injetável)
Alfapecinterferona 2b 148 mcg (100 mcg/0,5 mL após reconstituição) (pó para solução injetável)
Alfapecinterferona 2b 177,6 mcg (120 mcg/0,5 mL após reconstituição) (pó para solução injetável)
Dactasvir 30 mg comprimido
Dactasvir 60 mg comprimido
Eloasvir 50 mg + grazoprevir 100 mg comprimido
Entecavir 0,5 mg comprimido
Entecavir 1 mg comprimido
Glecaprevir 100mg + pibrentasvir 40 mg comprimido
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 100 UI solução injetável
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 600 UI solução injetável
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000 UI solução injetável
Lamivudina 10 mg/mL solução oral
Lamivudina 150 mg comprimido
Ledipasvir 90 mg + sofosbuvir 400 mg comprimido
Ribavirina 230mg cápsula
Sofosbuvir 400 mg comprimido
Sofosbuvir 400mg + velpatasvir 100 mg comprimido
Tenofovir desoproxita fumarato 300 mg comprimido

O medicamento a seguir encontra-se em processo de migração do grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, conforme Portaria GM/MS nº 1.337, de 12 de junho de 2020.

Descrição
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 500 UI solução injetável

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS PARA GARANTIA DO ACESSO A INSUMOS, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ESTADUAL

Pesquisador: Keli Bahia Felicíssimo Zocatto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29760020.0.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.294.203

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora apresentou emenda tendo por objetivo a alteração temporal de acesso e publicação dos dados. No projeto inicial, previamente aprovado, os dados referentes ao objeto de estudo compreendiam os anos de 2013 a 2019. Com a emenda, esse limite temporal foi ampliado para os anos de 1990 a 2021.

O estudo trata do fenômeno da judicialização da saúde – ajuizamento de ações judiciais para obter acesso a tratamentos de saúde, em face do poder público –, especificamente em relação a demandas de reabilitação, no município de Betim/MG. Busca descrever o perfil das ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria de Municipal de Saúde de Betim, em Minas Gerais, em relação aos procedimentos fisioterápicos. Inicialmente o período coberto seria 2015 a 2018, passando para 1990 a 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o perfil das demandas judiciais de medicamentos, produtos, serviços e ações de saúde impetradas em face do Estado de Minas Gerais, no período de 1990 a 2021.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2ª Ad. Sl 2008
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4932 E-mail: cep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.294.203

1. Descrever os itens mais demandados judicialmente no Estado de Minas Gerais.
2. Analisar as demandas judiciais relacionadas a medicamentos, produtos, serviços e ações de saúde sob o ponto de vista dos itens descritos, ou não, nas Relações Nacionais de Ações e Serviços de Saúde- (RENASES) e de Medicamentos Essenciais (RENAME).
3. Analisar os gastos do Estado de Minas Gerais relacionados às demandas judiciais de medicamentos, produtos, serviços e ações de saúde.
4. Comparar as variáveis relacionadas a demanda judicial relacionadas a medicamentos, produtos, serviços e ações de saúde sob o ponto de vista dos itens descritos, ou não, nas Relações Nacionais de Ações e Serviços de Saúde- (RENASES) e de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como não há mudança na metodologia e nos critérios de inclusão e alteração, mas apenas no período da busca nos dados de jurisprudência, os riscos estão inalterados em relação à versão atual do projeto aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterados em relação ao projeto mais recente aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos da emenda estão adequados, tendo sido juntada:

- (I) carta de submissão com detalhamento adequado de todas as modificações no projeto;
- (II) nova carta de anuência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com manifestação de concordância com a alteração do estudo e novo período.

Os demais documentos anteriores permanecem válidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J. favorável à aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2ª Ad 31205
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4932 E-mail: coep@prp.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.294.203

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_159846_0_E1.pdf	04/08/2020 16:44:36		Aceito
Outros	Carta_Submissao_Emenda.pdf	04/08/2020 16:42:30	Keli Bahia Felicitissimo Zoccatto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_Judicializacao_SES_emenda.pdf	20/07/2020 17:11:06	Keli Bahia Felicitissimo Zoccatto	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_SES_Emenda_ate_racao_de_periodo.pdf	20/07/2020 17:10:38	Keli Bahia Felicitissimo Zoccatto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_SES.pdf	28/02/2020 11:25:42	Keli Bahia Felicitissimo Zoccatto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Setembro de 2020

Assinado por:
Cristina Carem Palva Fontalinha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 51 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br