
GASTOS COM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PROVIMENTO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ (2008 A 2015)

EXPENSES WITH THE JUDICIALIZATION OF HEALTH IN THE PROVISION OF MEDICATIONS IN THE MUNICIPALITY OF CHAPECÓ (2008 TO 2015)

Gilvane Scheren

Mestrando no PPGCCA/Unochapecó
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(Unochapecó)
Endereço: Av. Senador Atilio Fontana, 591-E, Efapi
- Cep: 89809-000. C. Postal: 1141 – Brasil
Telefone: (49) 3321-8000
E-mail: gilvanescheren@outlook.com

Rodney Wernke

Doutor em Engenharia de Produção
Professor no PPGCCA/Unochapecó
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(Unochapecó)
Endereço: Av. Senador Atilio Fontana, 591-E, Efapi
- Cep: 89809-000. C. Postal: 1141 – Brasil
Telefone: (49) 3321-8000
E-mail: rodneywernke1@hotmail.com

Recebido: 25/01/2017 Aprovado: 20/03/2017
Publicado: 31/03/2017

Antonio Zanin

Professor no PPGCCA/Unochapecó
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(Unochapecó)
Endereço: Av. Senador Atilio Fontana, 591-E, Efapi -
Cep: 89809-000. C. Postal: 1141 – Brasil
Telefone: (49) 3321-8000
E-mail: zanin@unochapeco.edu.br

RESUMO

O procedimento de recorrer ao Poder Judiciário para obter medicamentos não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser mais comum nos últimos anos e pode afetar negativamente as finanças públicas dos municípios demandados. Nesse sentido, o estudo objetivou identificar as principais características da evolução dos gastos com a judicialização do provimento de medicamentos em Chapecó (SC). Foi realizada pesquisa quantitativa de descrição, envolvendo os processos impetrados contra o município citado entre 2008 e 2015, que acarretaram 4.145 dispensas de medicamentos cujos valores foram suportados pela prefeitura municipal. No que tange aos valores monetários abrangidos no estudo, que totalizaram R\$ 2.003.111,07, foi constatada evolução de 2.940,0% deste tipo de gasto entre 2008 e 2015. Esse crescimento foi bastante superior ao aumento das receitas correntes líquidas (+50,22%), das receitas totais vinculadas à saúde (+36,11%), das transferências do Estado e da União (+43,84%), das despesas municipais com saúde (+85,93%) e dos dispêndios totais com medicamentos (+106,13%) no mesmo período. Ainda, foram identificadas as participações no gasto total dos “grupos farmacológicos” (concentrada em 4 categorias), das “faixas etárias” (municípios com mais de 40 anos foram os mais beneficiados) e dos tipos de réus, onde os valores pagos pelo município como “réu único” tiveram a maior participação percentual, com 63,68% do total de gastos.

Palavras-chave: Provimento de Medicamentos. Ações Judiciais. Saúde.

ABSTRACT

The procedure of appeal to the courts for drugs not provided by the Unified Health System (SUS) has become more common in recent years and may adversely affect the public finances of the defendant municipalities. In this sense, the study aimed to identify the main characteristics of the evolution of spending on the legalization of the drug provision in Chapecó (SC). quantitative research description was carried out, involving lawsuits filed against the municipality cited between 2008 and 2015 which led to 4,145 layoffs drugs whose values were supported by the municipal government. With respect to monetary values covered in the study, totaling R\$ 2.003.111,07, it was observed increase of 2,940.0% of this type of expenditure between 2008 and 2015. This growth was well above the increase in net current revenues (+50.22%), the health-related total revenues (+36.11%), transfers from the State and the Union (+43.84%), municipal expenditure on health (+85.93%) and expenditures total drug with (+106.13%) in the same period. Still, the stakes have been identified in the total cost of "pharmacological groups" (concentrated in 4 categories), the "age" (citizens over 40 years were the most benefited) and the types of defendants, where the amounts paid by the municipality as "only defendant" had the highest share, with 63.68% of total spending.

Keywords: Provision of Medicines. Judicial actions. Health

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores programas de assistência à saúde do mundo. Medeiros, Diniz e Schwartz (2013) citam que as “políticas do SUS focalizam o atendimento em função da classe social dos usuários ou estabelecem limites financeiros aos gastos com medicamentos e tratamentos”. Contudo, pela dificuldade de acesso a determinados tratamentos ou medicamentos, parte da população recorre a procedimentos judiciais para resolver esse problema.

Nesse contexto, a judicialização da saúde no Brasil ainda é uma questão relativamente recente, que suscita argumentos distintos para analisar as implicações do direito à saúde no país, em que tem-se de um lado a efetivação do direito ao acesso e, do outro, a interferência do judiciário nas políticas públicas (WANG et al., 2014).

Em decorrência dessa judicialização uma parte dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde da população em geral é direcionada para atender demanda específica de parcela da sociedade que recorre a esses meios para garantir a fruição de tratamentos e remédios de maior eficiência (ou não disponíveis no SUS). Nessa situação, as demandas judiciais contra as prefeituras municipais tendem a ser o primeiro caminho escolhido pela população que precisa de auxílio à saúde quando este direito não é atendido satisfatoriamente ou quando da necessidade (ou urgência) de atendimentos, medicamentos e realização de exames não supridos no sistema público de saúde convencional.

Com o acesso cada vez maior da população aos meios jurídicos, percebe-se uma busca acentuada de benefícios não contemplados na lista geral de medicamentos do SUS, configurada em ações judiciais instauradas principalmente contra as esferas municipais e estaduais, o que implica aumento da despesa pública em saúde.

Destarte, esta rubrica apresenta montantes cada vez maiores e seu impacto nas contas públicas pressiona o “desinvestimento” de outras áreas para aplicação em saúde, em virtude da escassez de recursos orçamentários. Acerca disso, Pepe et al. (2010) mencionam como urgente e necessária uma sistematização das informações sobre a demanda judicial por saúde que possa facilitar a discussão do problema, tanto no âmbito dos serviços de saúde quanto para os Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Justiça

(CNPJ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outros. Com base nessa realidade, o desenvolvimento de indicadores de monitoramento padronizados a respeito dos processos judiciais para assegurar o fornecimento de medicamentos pode ser essencial para que os gestores públicos possam efetuar avaliações e análises acerca dessas demandas que afetam a disponibilidade dos recursos de prefeituras e governos estaduais.

Nesse contexto, emerge a questão que se pretende abordar neste artigo: quais as características mais relevantes da judicialização da saúde das ações judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos à população do município de Chapecó (SC)? Assim, com a intenção de obter resposta para a dúvida suscitada foi estabelecido como objetivo de estudo identificar as principais características (grupos farmacológicos, faixa etária dos beneficiados e tipos de réus) dos gastos com a judicialização da saúde no município citado no período entre 2008 e 2015.

Quanto à justificativa para esse foco, vale destacar que há uma lacuna nos estudos publicados em periódicos contábeis brasileiros relacionados com a contabilidade pública acerca da judicialização do provimento de medicamentos, conforme levantamento realizado em junho de 2016 em plataformas de pesquisas *online* como EBSCO (*Business Source Complete*), SPELL (*Scientific Periodicals Electronic Library*) e Portal de Periódicos Capes. Ou seja, na literatura científica nacional se encontram poucos estudos sobre o assunto e os existentes têm priorizado a análise jurídica ou os preceitos inerentes à saúde pública (DRESCH, 2015; WANG et al., 2014; MOCELIN, 2013; MACHADO; DAIN, 2012; MACHADO et al., 2011; LIMBERGER; SALDANHA, 2011; PEPE et al., 2010).

Assim, no que concerne à mensuração financeira das principais características desse tipo de gasto público municipal não foram encontradas publicações em revistas da área contábil com o foco priorizado nesta pesquisa. Entretanto, o conhecimento da evolução dos gastos com a judicialização da saúde nas finanças do município enfocado, bem como a evidenciação das peculiaridades relacionadas, podem ser consideradas contribuições do estudo para que esse aspecto ainda pouco discutido nas revistas que publicam pesquisas sobre contabilidade pública no Brasil seja melhor compreendido.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção traz o conceito de políticas públicas, direito à saúde e pesquisas sobre o tema.

2.1 Processos de Políticas Públicas

Sabatier (2007) cita que, no campo teórico, dois processos de políticas públicas se destacam na agenda governamental: o modelo de “Fluxos Múltiplos” (*Multiple Streams Framework*) de John W. Kingdon e a teoria do “Equilíbrio Pontuado” (*Punctuated-Equilibrium Theory*) desenvolvida por Frank R. Baumgartner e Bryan D. Jones (BAUMGARTNER; JONES, 1991; KINGDON, 1995).

Nesse sentido, Gomide (2008) aduz que o modelo de fluxos múltiplos procura explicar como as agendas são definidas e decididas por governos em condições de ambiguidades (preferências não definidas claramente) e ambientes instáveis. Por sua vez, Kingdon (1995) prefere utilizar três modalidades de agendas como tipologia útil para análise de casos concretos: a “não-governamental” (ou sistêmica), a “governamental” e a “de decisão”. A “não-governamental” também é conhecida como sistêmica, pois contém temas reconhecidos pelo público em geral, mas que não recebem a atenção do governo. A “governamental” inclui os problemas que estão a merecer atenção formal do governo e que, de alguma maneira, estão incorporados nos discursos das autoridades e na estrutura administrativa vigente.

A agenda de “decisão” contém a lista dos problemas e assuntos que efetivamente serão decididos. Kingdon (1995) também menciona que no entendimento desses três processos é que se pode compreender

os motivos pelos quais algumas agendas vão para o patamar de “decisão” e outras não são reconhecidas como relevantes.

Neste âmbito, são premissas para reconhecer o problema e podem ocorrer em função de:” (i) uma crise ou evento dramático; (ii) um indicador, pois tanto a magnitude de um dado como sua mudança chamam a atenção das autoridades e (iii) a acumulação de informações e experiências na execução das políticas existentes, cuja prática proporciona o relevo de novos problemas”. Por isso, muitas vezes essa solução depende de especialistas da sociedade para que desenvolvam e apresentem propostas, com critérios de viabilidade técnica, política e financeira para que o reconhecimento ocorra (GOMIDE, 2008).

No âmbito da teoria do “Equilíbrio Pontuado” (*Punctuated-Equilibrium Theory*), desenvolvida por Baumgartner e Jones (1993), se assume que algumas questões ficam restritas aos limites das comunidades de especialistas, enquanto outras chegam à agenda de decisão. Esse modelo se caracteriza por períodos de equilíbrio que são pontuados por períodos de mudança. Para que um modelo consiga romper o equilíbrio e chame a atenção da classe política é necessário um novo entendimento do tema ou a criação de uma nova imagem (*policy image*). As *policy images* são apresentadas por meio de informações empíricas e solicitações emotivas, em que se cria um melhor entendimento acerca da política, comunicando de forma simples e direta, contribuindo para a sua difusão e seu acesso à agenda de decisão (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 1999).

Além disso, Gomide (2008) destaca que os modelos “fluxos múltiplos” e “equilíbrio pontuado” promulgam a agenda governamental numa visão não racional, em ambientes instáveis e com ambiguidade de objetivos. Nos “fluxos múltiplos” as políticas públicas não nascem de forma sequencial e ordenada e o reconhecimento de um problema, por si só, não garante a sua solução, sendo necessário um ambiente favorável para isso. No modelo de “equilíbrio” pontuado um problema e seu contexto podem levar esta agenda à inércia ou à mudança. Assim, os processos adotados conduzem a resultados e decisões no contexto que são abordados.

Essas abordagens do modelo “fluxos múltiplos” e da teoria do “equilíbrio pontuado” são importantes como referências para análise e discussão do objeto deste estudo porque estimulam o processo de reconhecimento da judicialização da saúde como um problema para a gestão pública, nos moldes do pretendido nesta pesquisa. Nesse rumo, o impacto nas finanças públicas e o aumento desse tipo de gasto ao longo dos anos já podem ser percebidos pelos gestores públicos como relevantes, conforme evidenciado pelos valores despendidos anualmente pelo governo federal e pelo governo do Estado de Santa Catarina apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Gastos com a judicialização da saúde no Ministério da Saúde e no Estado de S. Catarina

Anos	Ministério da Saúde (1)	Estado de SC (2)
2005	2.441.041,95	10.425.786,15
2006	7.600.579,92	28.922.547,30
2007	17.530.346,45	47.061.176,19
2008	47.660.885,03	65.276.931,02
2009	83.165.223,93	76.485.506,87
2010	124.103.206,10	93.406.294,52
2011	243.954.000,00	não disponível
2012	287.844.968,16	não disponível

(1) Gastos com aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais.

(2) Gastos com medicamentos e tratamentos médicos ordenados nas ações judiciais.

Fonte: Adaptado de Advocacia Geral da União (2013).

A partir do momento que são conhecidos os valores monetários despendidos e identificadas as peculiaridades desse tipo de gasto no âmbito dos três níveis de governo, uma maior atenção da sociedade pode ser despertada para essa problemática. Então, pelo ângulo da teoria dos “Fluxos Múltiplos” essa situação pode ser atualmente qualificada como integrante do patamar “governamental”, visto que já tem atenção formal dos três níveis de governo. Porém, pelo agravamento dessa modalidade de dispêndio público nos últimos anos, provavelmente este será um tema que migrará para a agenda nacional de “decisão”, de vez que precisará ser efetivamente solucionado num futuro próximo.

Ainda, sob o prisma da teoria do “Equilíbrio Pontuado” é possível considerar que atualmente o assunto esteja emergindo, deixando a imagem de “equilíbrio” (ou de assunto menos urgente) e passando a fazer jus à atenção da classe política. Portanto, a partir da melhor compreensão a respeito por um contingente maior de pessoas, a mudança de imagem naturalmente implicará na sua condução para a agenda decisória do Brasil.

2.2 Direito à saúde

A Carta Constitucional brasileira de 1988 dispõe sobre o direito à saúde na Seção II, do Título VIII, que disciplina a Ordem Social. Nela, o direito é atribuído a todos, mediante dever do Estado, nos seguintes termos: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Contudo, Freitas (2015) salienta que o grande problema para sua efetivação (e a dos demais direitos sociais) reside na escassez de recursos para viabilizá-los, perversamente mais reduzidos onde maior é a sua necessidade.

Na mesma direção, Silva (2015) registra que os direitos individuais são conhecidos, na tradição constitucional brasileira, como “liberdades civis e liberdades-autonomia”, sendo aqueles direitos que “reconhecem autonomia aos particulares, garantindo iniciativa e independência aos indivíduos diante dos demais membros da sociedade política e do próprio Estado”. Classifica-os em direito à vida, à intimidade, de igualdade, de liberdade e de propriedade.

Nessa direção, Matta e Marques (2014) definem que “quando uma decisão judicial exige do Estado que este arque com o custo de um determinado requerimento feito por um cidadão, não resta alternativa ao administrador senão a de retirar recursos antes alocados ao atendimento de políticas públicas voltadas à coletividade para dar cumprimento ao provimento”.

A respeito disso, o Ministro Celso de Mello manifestou-se acerca do conflito entre os direitos fundamentais e a reserva financeira do Estado no julgamento da Petição no. 1.246/1997, onde asseverou que:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, *caput*), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.

Nesse mesmo contexto, o Ministro João Otávio de Noronha, no julgamento do Mandado de Segurança no. 8.740 (Primeira Seção, julgado em 26/02/2003, DJ 09/02/2004, p. 127), justificou a referida possibilidade pelo seguinte viés:

Aliás, seria verdadeiro contrassenso jurídico admitir que meras rotinas administrativas, idealizadas com o propósito de otimizar a prestação dos serviços de saúde pelo Estado, possam prevalecer sobre os interesses maiores da comunidade, destinatária destes serviços, fazendo-a refém dos procedimentos. Ademais, a Administração deve prever a ocorrência de situações excepcionais ou emergenciais, reservando, no orçamento, recursos suficientes para atendê-las.

Como forma de promover o direito à Saúde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e promulgada a Emenda Constitucional no. 29, que preceitua que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior e corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde, enquanto que os municípios precisam aplicar, pelo menos, 15% de suas receitas. No caso destes últimos, a composição dos recursos para a saúde deve ter por base:

- (i) os impostos municipais (como ISS, IPTU e ITBI);
- (ii) as transferências da União, como a cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), a cota-parte do ITR, as transferências da Lei Complementar no. 87/1996 (Lei Kandir) e as transferências relacionadas ao Imposto de Renda Retido na Fonte;
- (iii) as transferências do Estado (como cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação) e
- (iv) outras receitas correntes (como a receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos).

De forma geral pode-se entender que a União é o principal financiador da saúde pública no país. Conforme consta na Cartilha do Ministério da Saúde (2006), historicamente metade dos gastos relacionados à saúde dos brasileiros é feita pelo governo federal e a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula as políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada). O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população e, a partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passou a assumir, imediata ou paulatinamente, a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Contudo, no entender de Limberger e Saldanha (2011) a responsabilização dos três entes da federação está restrita aos investimentos que lhe são correspondentes, bem como o fornecimento dos medicamentos dentro de suas atribuições: aos municípios, a farmácia básica; aos Estados, os medicamentos excepcionais e à União, os medicamentos estratégicos.

2.2 Pesquisas assemelhadas

Quanto a estudos que abordam a temática da judicialização da saúde ora priorizada, não foram encontradas publicações que contemplem a comparação dos gastos relacionados a essas demandas judiciais com os valores de receita corrente líquida, receitas totais vinculadas à saúde, receitas de transferências do estado e da União (SUS), despesas totais com saúde, despesas próprias municipais em saúde e dispêndios totais em medicamentos.

Com esse propósito foram realizadas, em junho de 2016, pesquisas nas plataformas *on-line* EBSCO (*Business Source Complete*), SPELL (*Scientific Periodicals Electronic Library*) e Portal de Periódicos Capes.

Nessas buscas, na opção “Resumo”, foram empregadas as palavras-chave “judicialização na saúde” ou “judicialização da saúde”, acrescidas do símbolo “*” (asterisco) como meio de permitir derivações nas sentenças utilizadas. Com isso, os estudos que mais se aproximaram do tema deste artigo estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 – Pesquisas assemelhadas publicadas em periódicos

Autoria	Síntese
Pepe et al. (2010)	Os desafios para a gestão da assistência farmacêutica (AF) provocados pelo fenômeno da judicialização da saúde vêm exigindo um tipo de atuação administrativa e judicialmente diferenciada do gestor. Este estudo se propôs à compreensão de um dos aspectos da judicialização da saúde, representado pelo intenso uso da via judicial para fornecimento de medicamentos, em especial a relação deste mecanismo com a gestão da AF no âmbito do SUS.
Limberger e Saldanha (2011)	Os autores deste trabalho investigaram se a estrutura do SUS, criada pela Constituição Federal, conseguia implementar o direito à saúde, visto que há a necessidade de também conciliar o âmbito individual e coletivo do direito à saúde. Como não se pode abarcar tudo, aduziram que o desafio maior é no sentido de adotar os procedimentos e medicamentos que não sejam experimentais e atendam convenientemente à equação custo/utilidade.
Ruas et al. (2011)	O fenômeno da judicialização na saúde pode indicar falhas do sistema público de saúde, uma vez que há solicitações de medicamentos constantes de suas listas. Todavia, constitui um obstáculo para a prática do uso racional de medicamentos e para a consolidação das premissas da Política Nacional de Medicamentos, principalmente quando são solicitados medicamentos sem comprovação de eficácia e não padronizados pelo Sistema Único de Saúde.
Machado e Dain (2012)	Salientaram que é visível para toda a sociedade brasileira que o investimento no setor saúde tem sido incapaz de atender às demandas mais básicas de toda a população. A partir desse contexto, a judicialização seria, então, tratada mais como um indicador das condições de saúde do que como um problema em si mesmo.
Mocelin (2013)	Esta pesquisa apontou que a judicialização da saúde pública vem crescendo a cada dia no Brasil e que repercute não somente na gestão do SUS, mas também em seu planejamento. Concluíram, ainda, que a efetivação do direito à saúde não depende apenas de ações restritas ou individuais, como é o caso das ações judiciais, mas sim de um conjunto de políticas governamentais articuladas, que garantam a efetividade desse direito dos cidadãos.
Diniz, Machado e Penalva (2014)	Discutiram as tendências do Poder Judiciário frente às demandas sobre judicialização do direito à saúde, por meio de um estudo de processos judiciais cíveis por acesso à assistência em saúde no Distrito Federal. Os resultados indicam que o principal bem judicializado é o acesso à UTI, seguido por medicamentos e assistências farmacêuticas. Os resultados da pesquisa desafiam algumas teses dominantes no debate nacional, em particular a alegação de que é um fenômeno das elites e que as demandas mais judicializadas referem-se aos medicamentos.
Wang et al. (2014)	Analisa o impacto das decisões judiciais para a gestão orçamentária da política de saúde no município de São Paulo por meio de uma estimativa de gastos com a judicialização para o ano de 2011, a partir dos dados disponibilizados pelo município e as publicações no Diário Oficial concernentes à compra de medicamentos e insumos sem licitação pela Secretaria Municipal de Saúde.
Dresch (2015)	O Poder Judiciário ainda não se pronunciou especificamente no que diz respeito à validade das normas legais e infralegais de repartição da competência e distribuição de atribuições no que se refere às ações e serviços de saúde. A complexa organização do SUS, somada ao desconhecimento da técnica médica, cria dificuldades para os operadores jurídicos compreenderem a sua regulação. Isso acaba levando o Poder Judiciário a proferir decisões às vezes equivocadas e, com isso, subverter a ordem administrativa da gestão, desprezando regras de repartição de competência e distribuição de atribuições, além de assegurar o acesso a procedimentos e medicamentos sem evidência científica de melhor resultado do que aqueles oferecidos pelo SUS, impactando negativamente no orçamento público e sem melhorias para o paciente, em prejuízo da coletividade.
Vaz, Bonacim e Gomes (2016)	Objetivaram contextualizar o problema da judicialização da saúde abordando de forma mais específica os 645 municípios do Estado de São Paulo, agrupados em 17 Departamentos Regionais de Saúde. Para tanto, realizaram estudo empírico quanto a algumas possíveis variáveis socioeconômicas que podem impactar em maior ou menor proporção o número de ações judiciais dos municípios. Os resultados indicam que os municípios com melhores índices de saúde (IDSUS) são os que mais sofrem com o número de ações judiciais, o que aumenta a importância de gestores públicos em entender o problema e trabalhar sobre os motivos causadores, reduzindo a imprevisibilidade do orçamento público e melhorando as políticas públicas de saúde.

Fonte: Os autores, 2017.

Como exposto, persiste uma lacuna de pesquisa acerca da mensuração dos montantes dispensados efetivamente aos usuários, das características principais deste tipo de gastos, de relatórios/indicadores contábeis que permitam avaliar a evolução dos valores despendidos com a judicialização e de sua relevância perante as receitas e despesas municipais, entre outras possibilidades de estudo.

3 METODOLOGIA

Esta seção evidencia os aspectos metodológicos empregados no estudo de caso ora relatado.

3.1 População e Amostra

Para a realização da pesquisa foram analisados todos os processos judiciais impetrados contra o Município de Chapecó (SC) cujo objetivo estava relacionado ao fornecimento de medicamentos. Este foco foi escolhido devido ao aparentemente crescente volume de processos nos quais a Prefeitura Municipal figurava como demandada no decorrer dos últimos anos, bem como pela possibilidade de acesso aos dados facultados pelo gestor municipal da área da saúde.

Quanto ao lapso temporal abrangido, foi priorizado o período entre os anos de 2008 a 2015, tendo em vista a disponibilidade de dados. Contudo, é pertinente ressaltar que também foram investigados os dados referentes aos anos de 2005, 2006 e 2007, cuja inconsistência dos registros prejudicou a padronização e a comparação dos dados coligidos perante os anos seguintes, acarretando a sua exclusão do rol de informações utilizadas.

No que concerne à execução dos procedimentos de coleta de dados, estes foram realizados no terceiro bimestre de 2016, de forma manual, processo a processo, nas dependências da Secretaria de Saúde de Chapecó e compilando-se os dados em planilha Excel, tendo em vista a indisponibilidade dessas informações com o detalhamento requerido no sistema de informática do município. Nesse rumo, as variáveis coletadas nos processos judiciais estão elencadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Resumo das variáveis coligidas nos processos judiciais

Variável	Função/Metodologia
Código sequencial do beneficiário	Atribuído código crescente a cada beneficiário
Faixa etária	Enquadramento do beneficiário por faixa etária
Gênero	Masculino ou feminino
Réus do processo	Réus do Processo, município e Estado ou União
Grupo do medicamento	Classificação por grupo de usuários de risco
Data da dispensa	Ordem cronológica da entrega de medicamentos
Medicamento	Lista de medicamento dispensados
Quantidade dispensada	Quantificação dos medicamentos dispensados ao ano
Valor dispensado	Valor (R\$) gasto por medicamento.

Fonte: Os autores, 2017.

É importante salientar que os dados coletados foram circunscritos aos mencionados no Quadro 2 e estão voltados ao dimensionamento e análise do cenário vigente quanto ao fenômeno da judicialização do fornecimento de medicamentos no município.

Nesse sentido, Martins (2010) argumenta que uma das características marcantes da abordagem quantitativa é a “definição clara das variáveis de pesquisa pelos pesquisadores, a partir do referencial teórico adotado e uso de instrumentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados”.

Cabe destacar também que foram tomadas precauções éticas quanto aos nomes das pessoas beneficiárias desses processos, a fim de resguardar o direito à privacidade destas. Então, a partir da determinação dos dados priorizados foram examinados 104 processos judiciais impetrados contra o município de Chapecó (ou tendo este também como demandado). Cada beneficiário foi classificado conforme o gênero e a faixa etária, bem como se procurou distinguir os processos vinculados somente à esfera municipal e aqueles processos onde o município respondia juntamente com o Estado e/ou a União.

Por último, com o apoio dos farmacêuticos responsáveis pela distribuição dos medicamentos procedeu-se à classificação destes conforme seu grupo farmacológico. Com isso, fez-se o levantamento das dispensas de medicamentos envolvendo dados como as datas das dispensas, os medicamentos

fornecidos, as quantidades e os valores monetários respectivos. Constatou-se, então, que 4.145 itens foram dispensados no período abrangido, que foram computados integralmente no estudo em tela.

3.2 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Nesta etapa inicialmente foram coletadas as informações sobre todas as dispensas de medicamentos, cujos dados originais foram registrados em planilha Excel, dispostos conforme as variáveis elencadas no Quadro 2 anteriormente citado.

Contudo, como os valores monetários utilizados referiam-se ao período entre os anos de 2008 e 2015, estes foram inflacionados pelo IPCA para o último ano dessa série histórica com o fito de permitir a comparabilidade dos valores em moeda de poder aquisitivo semelhante.

Para a compreensão do cenário da judicialização, para fins desta pesquisa, foram apresentadas as frequências (ou presenças) dos aspectos que retratam as principais características priorizadas na amostra investigada. Destarte, para a análise descritiva foi utilizado o *software* SPSS (versão 21) com a finalidade de executar os procedimentos estatísticos escolhidos.

Além disso, para a obtenção do valor (em R\$) gasto com a judicialização do fornecimento de medicamentos pela Prefeitura de Chapecó foram estimados os montantes despendidos a partir das dispensas de medicamentos efetuados aos usuários. Com esse propósito foi mensurado o valor médio (em R\$) do custo de compra dos medicamentos nos processos licitatórios em cada ano abrangido.

Por último, com o intuito de utilizá-los para uma análise comparativa dos resultados acerca dos valores gastos com a judicialização foram coletados os valores relativos às receitas e despesas realizadas pelo município nos anos em lume. Nesse caso, o caminho utilizado foi a busca nas publicações divulgadas no *site* oficial do município visado, no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e na Lei Complementar no. 101/2.000 acerca dos fatores cujos conceitos estão deslindados no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição dos dados levantados sobre o município

Itens	Descrição
Receita Corrente Líquida	Segundo o art. 2º da Lei Complementar no. 101/2.000 (mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal), a Receita Corrente Líquida é o somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, de transferências correntes e de outras receitas também correntes, deduzidos principalmente os valores transferidos, por determinação constitucional ou legal, aos Estados e Municípios, no caso da União, e aos Municípios, no caso dos Estados, consideradas ainda as demais deduções previstas na Lei.
Receitas Totais Vinculadas à Saúde	Expressam as receitas próprias vinculadas à saúde, incluindo as receitas de serviços de saúde e o total de recursos transferidos para o município ou Distrito Federal (SIOPS, 2016).
Receitas de Transferências do Estado e da União (SUS)	Representam a participação das receitas vinculadas à saúde por meio de transferências do Estado e da União para o município ou Distrito Federal (SIOPS, 2016).
Despesa Total com Saúde	Equivale à despesa total com saúde, inclusive aquela financiada por outras esferas de governo (SIOPS, 2016).
Despesas Próprias Municipais em Saúde	Refere-se à participação da receita de impostos e Transferências Constitucionais e Legais na receita total do município (SIOPS, 2016).
Dispêndios Totais com Medicamentos	Representam as despesas totais com medicamentos, com base no valor total executado com “Medicamentos” (MCASP, 2017).

Fonte: Os autores, 2017.

A partir dos procedimentos metodológicos descritos foram apurados os resultados apresentados na próxima seção.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são evidenciados os resultados mais relevantes do estudo com base nos dados analisados por intermédio da estatística descritiva.

Destarte, a Tabela 2 apresenta uma síntese da evolução anual do gasto com medicamentos e o número de beneficiários atendidos no período entre 2008 e 2015, respectivamente.

Tabela 2 - Evolução dos valores despendidos e do número de beneficiários

Anos	Gastos com medicamentos			Beneficiários	
	Valor (em R\$)	% do Total	Crescimento sobre o ano anterior	Quantidade	Crescimento sobre o ano anterior
2008	22.710,23	1,13%	-	12	-
2009	30.283,65	1,51%	33,35%	14	16,67%
2010	57.620,97	2,88%	90,27%	24	71,43%
2011	63.284,39	3,16%	9,83%	28	16,67%
2012	125.086,66	6,24%	97,66%	40	42,86%
2013	393.352,89	19,64%	214,46%	56	40,00%
2014	620.386,23	30,97%	57,72%	76	35,71%
2015	690.386,05	34,47%	11,28%	96	26,32%
Total	2.003.111,07	100,00%	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No período de 2008 a 2015 constatou-se uma evolução significativa a cada ano dos montantes despendidos em virtude de ações judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos. Ou seja, foi possível identificar um crescimento médio de 73,51% ao ano, onde destacam-se os anos de 2012 e 2013 com crescimentos expressivos de 97,66% e 214,46% (respectivamente) sobre os anos anteriores e uma relativa estabilização nos anos seguintes (mas ainda com crescimentos relevantes, especialmente em termos de valores monetários).

Com relação ao número de beneficiários, dessume-se que é reduzido, mas percebe-se um crescimento médio de 35,66% ao ano, onde se destacaram os anos de 2010, 2012 e 2013 como os períodos com maiores níveis de evolução. Neste caso, cabe salientar que o total de beneficiários compreendia um grupo de 96 pessoas no último ano abrangido. No entanto, os processos são contínuos no decorrer dos anos, não havendo uma data especificada para término do fornecimento de medicamentos previstos nos processos. Com isso, os beneficiários que acessam os meios judiciais poderão usufruir do benefício por vários anos, o que tende a surtir um feito acumulativo, dependendo de cada caso.

Na sequência foi realizada a análise descritiva acerca do valor despendido no período pesquisado, conforme destacado na Tabela 3.

Tabela 3 – Estatística descritiva do “Valor dispensado”

Itens	Valores	
Média	19.260,68	
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	10.297,12
	Limite superior	28.224,24
5% da média aparada	10.347,92	
Mediana	4.145,23	
Mínimo	79,87	
Máximo	256.767,10	
Intervalo	256.687,23	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A análise estatística exposta na Tabela 3 demonstra a média como o valor representativo do centro geométrico do conjunto de valores repassados aos beneficiários dos processos de judicialização. Nesse caso, o valor médio apurado por beneficiário foi de R\$ 19.260,68 e é interessante ressaltar a presença de valores significativamente discrepantes, pois obteve-se como mediana o valor R\$ 4.145,23. Ou seja, como a mediana representa o centro exato da amostra analisada na série ordenada, evidencia-se a existência de alta discrepância entre o valor mínimo apurado (R\$ 79,87) e o valor máximo (R\$ 256.767,10) verificado na série histórica analisada.

Além disso, visando identificar se os dados coligidos para esta variável possuem distribuição normal foram aplicados os testes estatísticos Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, cujos resultados estão representados na Tabela 4.

Tabela 4 - Testes de Normalidade “Valor dispensado”

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Df	Sig.	Estatística	Df	Sig.
Valor dispensado	,343	104	,000	,428	104	,000

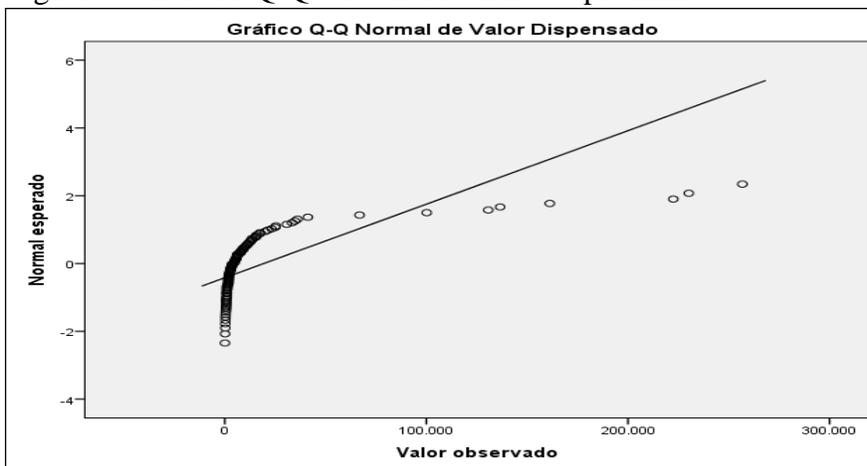
a. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Verificou-se, então, que a variável relacionada ao “Valor dispensado” apresentou *p-value* < 0,05 na amostra pesquisada, o que permite destacar que os valores encontrados não têm uma distribuição normal entre os beneficiários analisados (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2014) e denota uma disparidade entre os valores dispensados.

Acerca disso, pela análise do Gráfico “Q-Q Normal”, exposto na Figura 1, percebe-se a dispersão da concentração conforme o “normal esperado” e o “valor observado”.

Figura 1 – Gráfico Q-Q Normal de Valor Dispensado



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Concluiu-se, então, que ocorreu uma concentração de observações entre o nível de confiança de R\$ 10.297,12 até o valor de R\$ 28.224,24, o que torna mais evidente a discrepância específica de 9 (nove) observações da população analisada.

O segundo aspecto priorizado no estudo relacionou-se com os montantes despendidos por faixa etária, como deslindado na Tabela 5.

Tabela 5 – Total de gastos por faixa etária

Faixa Etária	Gasto com Medicamentos (R\$)	% do Total	% por Grupos
0 a 10	540.577,08	26,99%	
11 a 20	35.789,03	1,79%	34,12%
21 a 40	107.001,56	5,34%	
41 a 50	366.269,22	18,29%	
51 a 60	337.319,69	16,84%	65,88%
61 a 70	339.915,45	16,97%	
+ de 70	276.239,05	13,79%	
Total	2.003.111,07	100,00%	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No que concerne à faixa etária, constatou-se que os beneficiários com idade entre zero e dez anos responderam por 26,99% dos valores despendidos, o que demonstra uma tendência maior para o atendimento das necessidades de fornecimento de medicamentos para os primeiros anos de vida.

Contudo, nas faixas etárias acima de 40 anos percebeu-se uma maior concentração dos valores despendidos (65,88%), o que revela que este pode ser considerado o principal grupo que procura o instrumento da judicialização do fornecimento de medicamentos como meio para suprir suas dificuldades a respeito.

Quanto ao fator “idade”, a Tabela 6 contém os principais aspectos relacionados aos beneficiários dos processos de judicialização abrangidos no que tange à estatística descritiva.

Tabela 6 – Estatística descritiva por "Idade"

Itens	Valores	
Média	52,61	
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	48,33
	Limite superior	56,88
5% da média aparada	53,25	
Mediana	55	
Mínimo	4	
Máximo	91	
Intervalo	87	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Depreende-se que o valor representativo do centro do conjunto de dados avaliados é a idade média de 52,61 anos, o que confirma que a faixa etária com maior número de solicitações em processos judiciais é aquela que supera os 40 anos. Por outro lado, foram apurados valores pouco discrepantes entre si, visto que a mediana calculada está situada em 55 anos, o que pode ser considerado como o centro exato da amostra analisada na série ordenada.

Na sequência foram aplicados testes estatísticos para identificar a normalidade dos dados relacionados com o fator “Idade”, conforme sintetizado na Tabela 7.

Tabela 7 - Testes de Normalidade “Idade”

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Df	Sig.	Estatística	Df	Sig.
Idade	,092	104	0,030	0,960	104	0,030

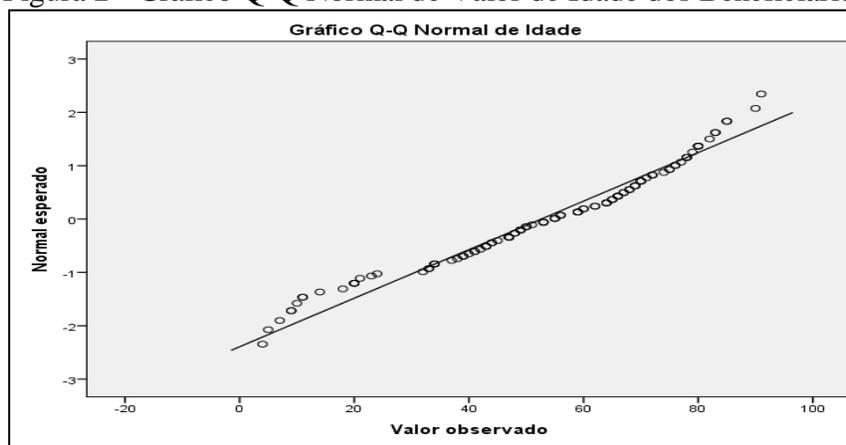
b. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os resultados da Tabela 7 possibilitam concluir que há uma distribuição normal ao nível de significância de 5% no que tange à idade dos beneficiários da amostra abrangida.

Além disso, na avaliação por intermédio do gráfico Q-Q normal do fator “Idade”, retratado na Figura 2, é possível observar a dispersão dos beneficiários das ações judiciais abrangidas no estudo.

Figura 2 - Gráfico Q-Q Normal de Valor de Idade dos Beneficiários



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Constatou-se, então, que ocorre uma concentração no nível de confiança entre os patamares de 48,33 anos e 56,88 anos. Entretanto, é pertinente mencionar que, apesar da baixa concentração de usuários com idade inferior a 10 anos, o valor monetário despendido para esta faixa etária é relevante, de vez que é impactado pelo alto custo de compra dos medicamentos vinculados a este grupo da população beneficiada.

O terceiro foco do estudo priorizou os grupos farmacológicos, cujos dispêndios ao longo da série histórica enfocada estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Total de dispêndios por grupo farmacológico

Grupo	Valor dispensado (R\$)	% do total
Hipoglicemiantes	490.087,47	24,47%
Antineoplásicos	359.347,61	17,94%
Anti-hipertensivos	335.967,48	16,77%
Suplemento Alimentar de 0 a 1 ano	230.317,82	11,50%
Outros	587.390,70	29,32%
Total	2.003.111,07	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Diante da distribuição dos principais grupos farmacológicos foi apurada uma concentração de 70,68% em quatro grupos (Hipoglicemiantes, Antineoplásicos, Anti-hipertensivos e Suplemento Alimentar de 0 a 1 ano).

No caso do grupo Hipoglicemiantes (ou antidiabéticos), este representa os medicamentos que têm por objetivo diminuir a quantidade de glicose (açúcar) no sangue (glicemia) e participaram com 24,47% dos gastos. Os Antineoplásicos compreendem os medicamentos utilizados para destruir células malignas (ou neoplasmas) com o fito de evitar a disseminação de tumores cancerígenos ou inibir seu crescimento, respondendo por 17,94% dos dispêndios no período abrangido. O terceiro grupo mais relevante (16,77% de participação no total) abrange os fármacos dispensados para tratamento da hipertensão arterial. A quarta posição (com 11,50% do total) coube ao grupo dos suplementos alimentares para crianças com idade entre 0 e 1 ano, com o objetivo da promoção e manutenção da saúde na prevenção de doenças infantis. Com isso, os demais 74 grupos farmacológicos identificados no estudo equivaleram a somente 29,32% dos gastos mensurados.

Esses dispêndios também foram avaliados por intermédio da estatística descritiva, conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Estatística descritiva por "Grupo Farmacológico"

Média		39.276,69
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	11.777,39
	Limite superior	66.775,99
5% da média aparada		21.101,01
Mediana		5.140,74
Mínimo		117,00
Máximo		490.087,00
Intervalo		489.970,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Concluiu-se, então, que a média com o valor central geométrico do conjunto de valores gastos nos grupos farmacológicos chegou ao valor de R\$ 39.276,69. No entanto, na mesma análise foram observados valores significativamente discrepantes, onde a mediana atingiu o valor de R\$ 5.140,74. Ainda, houve alta discrepância entre o valor mínimo calculado (R\$ 117,00) e o valor máximo concedido (R\$ 490.087,00).

Quanto à normalidade dos dados, os testes estatísticos aplicados evidenciaram os resultados expostos na Tabela 10.

Tabela 10 - Testes de Normalidade “Grupo Farmacológico”

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Grupo Farmacológico	,376	51	0,000	0,432	51	0,000

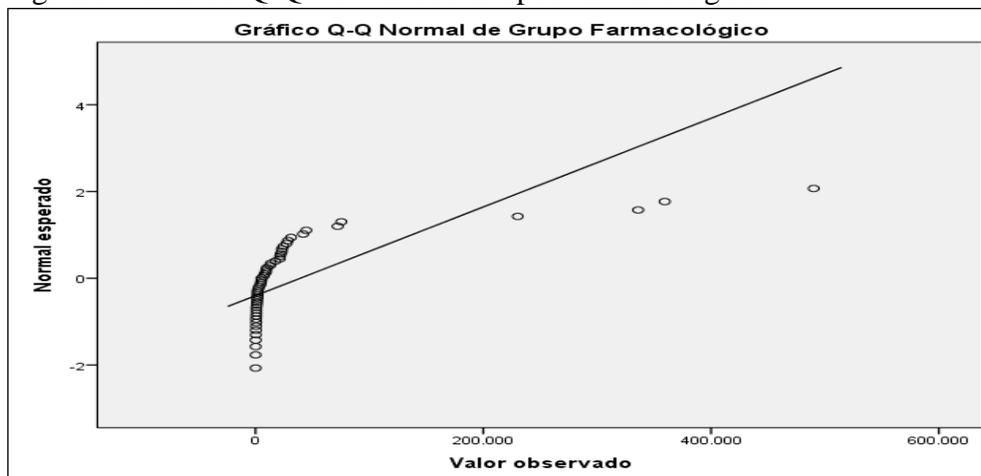
c. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Como visto, os testes aplicados mostraram que não há distribuição normal (Sig. < 0,05) em relação ao fator “Grupo Farmacológico” no contexto dos beneficiários abrangidos.

Na sequência foi elaborado o gráfico Q-Q normal para os grupos farmacológicos identificados na amostra pesquisada, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Gráfico Q-Q Normal dos Grupos Farmacológicos



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A partir deste gráfico nota-se uma concentração de observações entre o nível de confiança de R\$ 11.777,39 até o valor de R\$ 66.775,99. Porém, há uma discrepância específica de quatro observações relacionadas com os maiores grupos de gastos (Hipoglicemiantes, Antineoplásicos, Anti-hipertensivos e Suplemento Alimentar).

O quarto foco do levantamento de dados referiu-se às partes demandadas nos processos (réus) que originaram a obrigação de fornecer medicamentos. Constatou-se que a maioria dos processos mencionam como réu somente o município de Chapecó, enquanto que outros também apontam o Estado ou a União como réus solidários para o fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, a Tabela 11 sintetiza a participação no valor total despendido conforme as partes envolvidas nos procedimentos judiciais pesquisados.

Tabela 11 – Partes demandadas nos processos judiciais

Réus	Dispêndio com Medicamentos (R\$)	% do Total
Município	1.275.640,23	63,68%
Município + Estado	717.242,79	35,81%
Município + União	10.228,05	0,51%
Total Geral	2.003.111,07	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Cabe ressaltar que neste estudo foram priorizados exclusivamente os valores pagos pelo município de Chapecó no período pesquisado. No entanto, os beneficiários computados na pesquisa também receberam valores que foram pagos pelos governos estadual e/ou federal, que não estão mensurados neste levantamento.

Assim, como visto na Tabela 11, o montante pago pelo município como “réu único” foi o mais significativo (R\$ 1.275.640,23), atingindo 63,68% do total de R\$ 2.003.111,07 gastos com a judicialização no período abrangido neste estudo.

Quanto ao valor relativo às decisões judiciais que tiveram como réus o município e o governo estadual, o desembolso que coube ao Paço Municipal equivaleu a 35,81% (R\$ 717.242,79) do gasto total apurado. Ainda, no caso da condenação envolvendo “município e governo federal”, o percentual de participação desta modalidade de processo que coube à prefeitura atingiu somente R\$ 10.228,05 (0,51% do total) no período.

É importante ressaltar também que as dispensas de medicamentos estão vinculadas, conforme determinação judicial, à disponibilidade, à solicitação do usuário e ao nível de atendimento inerente à complexidade do medicamento. Desta forma, o montante efetivo dos gastos não está contemplado, o que reforça ainda mais a necessidade de padronização da evidenciação contábil desse tipo de despesa pública no intuito de permitir que seja mensurado o total despendido em todos os níveis da federação.

O último foco da pesquisa visou comparar a evolução dos gastos em lume com determinadas receitas e despesas do município, como evidenciado na Tabela 12 de forma comparativa.

Tabela 12 - Evolução dos valores de receitas, despesas públicas e gastos com judicialização

Itens	2.008	2.009	AH*	2.012	AH*	2.015	AH*
Receita Corrente Líquida	366.501.616	394.610.950	7,67%	508.200.280	38,66%	550.557.592	50,22%
Receitas Totais Vinculadas à Saúde	208.624.306	219.621.430	5,27%	271.905.207	30,33%	283.967.406	36,11%
Rec. Transf. do Estado e da União (SUS)	81.517.696	83.201.795	2,07%	101.012.185	23,91%	117.252.245	43,84%
Despesa Total com Saúde	111.195.193	119.924.843	7,85%	162.011.801	45,70%	196.525.394	76,74%
Desp. Próprias Municipais com Saúde	40.599.520	45.127.608	11,15%	60.565.044	49,18%	75.486.061	85,93%
Dispêndios totais com Medicamentos	3.049.286	3.586.020	17,60%	5.025.485	64,81%	6.285.387	106,13%
Judicialização em medicamentos	22.710	30.284	33,35%	125.087	450,80%	690.386	2.940,0%

*Análise Horizontal (Ano-base = 2008) já descontado o efeito da inflação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se um crescimento similar entre a “Receita Corrente Líquida” do município, com o total das “Receitas Vinculadas à Saúde” e com as “Receitas de Transferências do Estado e da União (SUS)”, que apresentaram no período de 2008 a 2015 um crescimento de 50,22%, 36,11% e 43,84% respectivamente. Isso corresponde ao nível normal de crescimento entre as receitas municipais e os recursos oriundos de transferências vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

Por outro ângulo, na análise da “Despesa Total com Saúde” se percebe que houve crescimento de 76,74%, enquanto que o valor relativo às “Despesas Próprias do Município com Saúde” aumentou 85,93% entre 2008 e 2015. Ou seja, percebeu-se uma *performance* assemelhada quanto à evolução destas no período, mas um pouco superior ao crescimento das receitas em igual intervalo de anos.

Ainda, a mensuração do total gasto com o elemento de despesa descrito por “Dispêndios Totais com Medicamentos” indicou que o montante gasto com medicamentos distribuídos à toda população do município de Chapecó apresentou significativa diferença em termos de aumento entre 2008 e 2015 no confronto com os indicadores anteriormente mencionados. Ou seja, houve um crescimento bem maior (106,13%) dos gastos com saúde para toda a população do município (estimada em 205.795 habitantes pelo IBGE para o ano de 2015) no comparativo com a expansão verificada nas receitas citadas.

Entretanto, no que tange ao ponto central desta pesquisa foi apurado que os gastos com a judicialização relacionada ao fornecimento de medicamentos cresceram expressivamente mais que as receitas e demais despesas referenciadas na Tabela 12, com 2,940,0% de aumento entre os anos inicial e final da série em tela. Com isso, os beneficiários dos processos judiciais consumiram 10,98% dos “Dispêndios Totais com Medicamentos”, 0,91% das “Despesas Próprias Municipais com Saúde” e 0,35% da “Despesa Total com Saúde” do município. Nesse ponto é cabível alertar que, caso a evolução com esse tipo de gasto público se mantiver acentuada nos próximos anos, poderá afetar gravemente o atendimento à saúde na cidade pesquisada.

Com base nos valores e percentuais expressivos citados a respeito do município de Chapecó, bem como pela representatividade que estes vêm assumindo ao longo dos anos no âmbito da União e do Estado de Santa Catarina (vide Tabela 1), a judicialização da saúde talvez já mereça integrar a agenda de “decisão” dos gestores públicos brasileiros. Ou seja, tanto do ponto de vista da teoria dos “Fluxos Múltiplos” (por já figurar como uma preocupação “governamental” há alguns anos), quanto pela teoria do “Equilíbrio Pontuado” (onde a imagem de situação equilibrada vem se desgastando pelo agravamento

do problema nos anos mais recentes), este assunto tende a migrar para o patamar decisório, visto que precisará ser equacionado com brevidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo identificar as principais características dos gastos com a judicialização do provimento de medicamentos no município de Chapecó (SC) nos anos de 2008 a 2015. Para tal finalidade foi realizado um levantamento de dados nos processos judiciais que geraram obrigações ao erário municipal nesse sentido, envolvendo 4.145 dispensas de medicamentos. Nessa direção, os autores consideram que tal objetivo foi atingido de vez que os dados levantados e o tratamento estatístico descritivo que foi aplicado permitiram chegar aos resultados comentados, a seguir.

O primeiro aspecto a salientar é que foi constatada uma evolução significativa dos gastos com a judicialização no município em tela no período investigado, visto que ocorreu crescimento médio de 73,51% ao ano. Além disso, foi apurado que ocorreu um acréscimo de 2.940% com esse tipo de dispêndio entre os anos de 2008 e 2015, respectivamente início e fim da série temporal analisada.

O segundo ponto a destacar é que os valores gastos com as sentenças proferidas contra o Paço Municipal, quando este figurava de forma isolada como réu/demandado, são significativamente maiores que os valores dos processos que envolvem também o governo estadual (idem nos casos onde a União participa como corréu ao lado da prefeitura de Chapecó). Essa situação, então, acaba por sobrecarregar as finanças municipais com um tipo de gasto que, constitucionalmente, caberia à União.

O terceiro “achado” oriundo da pesquisa refere-se à constatação de que os demandantes das ações judiciais que mais se beneficiaram em termos dos valores totais despendidos integram as faixas etárias situadas acima dos 40 anos (consumindo 65,88% do total do período). Contudo, foi identificado que os beneficiários entre zero e dez anos foram aqueles que mais recursos obtiveram pela via da judicialização, de vez que totalizaram R\$ 540.577,08 (equivalente a 26,99% do montante despendido) nos períodos citados.

A quarta conclusão relevante diz respeito à prevalência de determinados grupos farmacológicos, visto que foi identificada uma concentração de 70,68% do gasto total em quatro grupos: Hipoglicemiantes, Antineoplásicos, Anti-hipertensivos e Suplementos Alimentares.

O quinto resultado do estudo está relacionado com as teorias dos “Fluxos Múltiplos” e do “Equilíbrio Pontuado”, pois em virtude da relevância que esse tipo de gasto vem assumindo, este problema tende a migrar para o patamar decisório, pois precisará ser equacionado com brevidade para não comprometer as finanças dos municípios brasileiros.

Por outro lado, não foi possível cotejar os resultados mencionados com outros estudos porque não foram encontrados na literatura trabalhos com enfoque assemelhado. Longe de ser um problema, entende-se que esse aspecto apenas reforça a urgência da ampliação de pesquisas com ênfase igual ou próxima à empregada neste trabalho, bem como serve para enaltecer a incipiente contribuição deste estudo neste campo que ainda tem muito para ser explorado por pesquisadores brasileiros.

Como limitações desta pesquisa é pertinente destacar três aspectos. O primeiro é a impossibilidade atual de confrontar os achados com outros trabalhos (ou cenários de outros municípios) por não haver publicações assemelhadas ou bancos de dados abertos que forneçam as informações apuradas no âmbito da cidade pesquisada. O segundo ponto relaciona-se ao fato de que os resultados estão circunscritos à realidade dos anos de 2008 a 2015 em razão das disponibilidades dos dados na ocasião do levantamento. O terceiro aspecto é que as conclusões oriundas limitam-se ao contexto do município de Chapecó (SC). Em virtude disso, considera-se que a realidade encontrada provavelmente é exclusiva da cidade em tela e, a priori, não permite extrapolar os achados do estudo para outros municípios catarinenses ou brasileiros.

A título de recomendações para trabalhos futuros, além de pesquisas ou abordagens que eliminem ou reduzam as limitações mencionadas, sugere-se a realização de estudos que proporcionem indicadores financeiros específicos para avaliação deste gasto público que vem crescendo muito nos últimos anos no âmbito do município pesquisado.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Intervenção judicial na saúde pública:** panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D. Agenda dynamics and policy subsystems. **The Journal of Politics**, v. 53, n. 4, p. 1044-1074, 1991.

BAUMGARTNER, Frank R.; JONES, Bryan D. **Agendas and instability in american politics**. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BRASIL. **Lei de Responsabilidade Fiscal**. Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, publicado em 05 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 30 jan. 2017.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CORRAR, Luiz J.; PAULO, Edilson; DIAS FILHO, José Maria. **Análise multivariada:** para os cursos de administração, ciências contábeis e economia. São Paulo: Atlas, 2014.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014.

DRESCH, Renato Luis. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. **RAHIS**, v. 12, n. 1, 2015.

FREITAS, Sarah Roriz de. **Judicialização do direito à saúde:** análise do impacto para a administração pública das demandas por medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos. 2015. 57 f., il. Monografia (Bacharelado em Direito). Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Agenda governamental e o processo de políticas públicas:** o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana. Texto para Discussão, Universidade de Brasília – UnB, 2008.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2ª ed. New York: Longman, 1995.

LIMBERGER, Têmis; SALDANHA, Jânia Maria Lopes. A judicialização da política pública e o direito à saúde: a construção de critérios judiciais e a contribuição do Supremo Tribunal Federal. **Espaço Jurídico: Journal of Law [EJLL]**, v. 12, n. 2, p. 283-302, 2011.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, 2012.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila; ACURCIO, Francisco de Assis; BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas; FALEIROS, Daniel Resende; GUERRA JR, Augusto Afonso; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MARTINS, Roberto Antonio. **Princípios da pesquisa científica**. In: P. A. C. Miguel (Org.). Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MATTA, Jairo Luis Jacques da; MARQUES, Gabriel Lima. A prestação jurisdicional excessiva como risco ao princípio da universalidade do SUS: pela naturalização do diálogo entre o Direito e a Saúde. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 16, n. 109, p. 421-441, 2014.

MCASP. **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional, 7ª ed., 2017.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1089-1098, 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acessado em: 21 jan. 2017.

MOCELIN, Cassia Engres. Demandas judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou novos arranjos na gestão e organização do SUS. **Revista Gestão e Desenvolvimento em Contexto**, v. 1, n. 1, p. 100-117, 2013.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

SABATIER, Paul A. (org). **Theories of the policy process**. Cambridge: Westview Press, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 38ª ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Os indicadores são medidas que expressam ou quantificam um insumo**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em: 22 jan. 2017.

TRUE, James; JONES, Bryan and BAUNGARTNER, Frank. Punctuated-equilibrium theory in public policymaking. IN: SABATIER, Paul A. (org). **Theories of the policy process**. Cambridge: Westview Press, 2007.

VAZ, Rafael Lutzoff de Camargo; BONACIM, Carlos Alberto Grespan; GOMES, Matheus da Costa. Impactos da judicialização da saúde nos municípios do Estado de São Paulo. In: CONGRESSO DA ANPCONT, 10., 2016, Ribeirão Preto (SP). **Anais...** Ribeirão Preto, ANPCONT, 2016.

WANG, Daniel Wei L.; VASCONCELOS, Natália Pires de; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.