



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM
SAÚDE

DOMINIQUE SOUZA DE MORAES

PERFIL DA JUDICIALIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS FISIOTERAPÊUTICOS E
SEU CUSTO DIRETO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2016

DOMINIQUE SOUZA DE MORAES

PERFIL DA JUDICIALIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS FISIOTERAPÊUTICOS E
SEU CUSTO DIRETO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Tecnologias em Saúde
do Instituto Nacional de Cardiologia,
como pré-requisito à obtenção do
título de Mestre em Avaliação de
Tecnologias em Saúde.

Orientadoras:
Dra. Luciana Tarbes Mattana Saturnino
Msc. Bruna Medeiros Gonçalves de Veras

RIO DE JANEIRO
2016

M827p Moraes, Dominique Souza de.

Perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos e seu custo direto no município do Rio de Janeiro / Dominique Souza de Moraes. – Rio de Janeiro, 2016.

72 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde) Instituto Nacional de Cardiologia – INC

1. Direito à saúde. 2. Judicialização da saúde
3. Impacto orçamentário. I. Título.

CDU- 340.6:615.18

DOMINIQUE SOUZA DE MORAES

PERFIL DA JUDICIALIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS FISIOTERAPÊUTICOS E
SEU CUSTO DIRETO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Avaliação de Tecnologias em Saúde
do Instituto Nacional de Cardiologia,
como pré-requisito à obtenção do
título de Mestre em Avaliação de
Tecnologias em Saúde.

Aprovada em: 12 de agosto de 2016.

Membros da Banca:

Dra. Marisa da Silva Santos
Instituto Nacional de Cardiologia

Dra. Márcia Ferreira Teixeira Pinto
Instituto Nacional de Cardiologia

Dr. Dércio Santiago da Silva Júnior
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Agradecimentos

Gostaria de agradecer nominalmente a cada um que me ajudou direta ou indiretamente. Mas opto, aqui, por agradecer de forma mais ampla.

A Deus, pelo dom da vida.

À minha família, pelo apoio, carinho e paciência.

Aos meus Mestres do curso de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto Nacional de Cardiologia, por apresentarem “um mundo” de novos conceitos e olhares.

À equipe da secretaria do curso pela receptividade e suporte.

Às minhas lindas e queridas orientadoras, Luciana e Bruna, pela competência, sensibilidade e disponibilidade a todo momento.

Aos meus colegas da inesquecível Turma III, pela troca de experiências, pelas demonstrações de carinho e amizade, pelas inúmeras gargalhadas em sala de aula e fora dela também.

Aos membros da banca examinadora, Dra. Marisa, Dr. Décio e Dra. Márcia, por aceitar o convite de acrescentar na discussão acerca do presente trabalho.

Recebam meu sorriso e minha eterna gratidão.

Resumo

O fenômeno da judicialização da saúde consiste em uma opção, para o cidadão, de garantir seu direito à saúde, previsto pela Constituição Federal de 1988. Considerando o progressivo impacto de tal fenômeno aos cofres públicos e a ausência de informações acerca da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos, na presente dissertação objetivou-se, primariamente, traçar o perfil da judicialização de dispositivos de fisioterapia no município do Rio de Janeiro, por meio da análise dos processos judiciais submetidos ao Núcleo de Assessoria Técnica do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de Maio de 2013 a Setembro de 2015. Secundariamente, estimar o custo direto causado pela compra dos dispositivos pleiteados em tais ações. Destaca-se que todos os processos foram ajuizados de forma individual, com uso da ferramenta jurídica de antecipação de tutela, justificada, em quase sua totalidade, pela urgente necessidade dos dispositivos. Em 79,8% dos casos houve procura por auxílio da Defensoria Pública. Em 62,9% dos processos os autores apresentaram idade acima dos 60 anos. As causas predominantes dos pedidos foram em virtude de doenças respiratórias crônicas, sendo as mais demandadas a Síndrome da Apnéia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (30,9%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (14,4%) e fibrose pulmonar (10,7%), justificando, assim, a grande maioria dos pedidos por dispositivos para tratamento de tais condições. Entre os dispositivos mais judicializados estão o CPAP - Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas (20,6%), concentrador de oxigênio (17,3%) e o cilindro de oxigênio portátil (13,5%). Nenhum dos referidos dispositivos constam nas listas oficiais do governo para dispensação. Estimou-se com a compra dos dispositivos pleiteados, para fins de cumprimento dos mandados judiciais emitidos, um gasto em torno de R\$ 2.6 milhões no período analisado, o que caracteriza um elevado impacto no orçamento do município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da saúde. Legislação & jurisprudência. Fisioterapia. Dispositivos. Impacto orçamentário. Custos e análise de custo.

Abstract

The legalization of health phenomenon consists of one option for citizens, to ensure their right to health, as provided by the Constitution of 1988. Considering the progressive impact of this phenomenon to the public coffers and lack of information about physiotherapeutic devices judicialization, in this dissertation it sought primarily to draw the profile of legalization of physical therapy devices in the municipality of Rio de Janeiro, through the analysis of lawsuits submitted to the Technical Advisory Core of the Court of Justice of Rio de Janeiro State, from May 2013 to September 2015. Secondly, estimating the direct cost of the purchase of devices pleaded in such actions. It is noteworthy that all processes were requested individually, using the legal tool for early relief, justified, almost entirely, by the urgent need of the devices. In 79.8% of cases there was demand for assistance of the Public Defender. In 62.9% of cases the authors presented age above 60 years. The predominant causes of requests were due to chronic respiratory diseases, the most demanded the apnea-hypopnea Obstructive Sleep Syndrome (30.9%), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (14.4%) and pulmonary fibrosis (10.7 %), thus justifying the vast majority of demands for devices for treating such conditions. Among the most judicialized devices are CPAP - Continuous Positive Airway Pressure (20.6%), oxygen concentrator (17.3%) and the oxygen cylinder (13.5%). None of the devices is included in the official lists of government to dispensation. It was estimated with the purchase of required devices for the purpose of compliance with the court orders, an expense of approximately R\$ 2.6 million reais in the period analyzed, which features a high impact on the municipal budget of Rio de Janeiro.

Keywords: Right to health. Judicialization of health. Litigation. Physical therapy. Equipment and Supplies. Budget cost of illness. Costs and Cost Analysis.

Lista de Ilustrações e Tabelas

Figura 1: Distribuição dos processos conforme data do pedido do dispositivo fisioterapêutico contido na inicial.....	36
Tabela 1: Região de moradia dos autores das ações (pacientes).....	37
Tabela 2: Rendimento domiciliar mensal médio por bairros do município do Rio de Janeiro.....	37
Tabela 3: Classificação das doenças que ocasionaram a judicialização de dispositivos fisioterapêuticos.....	38
Tabela 4: Dispositivos fisioterapêuticos demandados.....	39
Tabela 5: Acessórios dos dispositivos fisioterapêuticos demandados.....	40
Tabela 6: Representação jurídica dos autores das ações (pacientes).....	40
Tabela 7: Custo unitário e custo total dos dispositivos fisioterapêuticos e acessórios judicializados.....	42

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BIPAP – *Bi-Level Positive Airway Pressure* / Pressão Positiva com dois níveis nas vias Aéreas

CF – Constituição Federal

CID – Código Internacional de Doenças

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CPAP- *Continuous Positive Airway Pressure* / Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECNP – Encefalopatia Crônica Não Progressiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INC – Instituto Nacional de Cardiologia

NA – Não se Aplica

NAT – Núcleo de Assessoria Técnica

NR – Não Relatado

OMS – Organização Mundial de Saúde

O2 – Oxigênio

PIB – Produto Interno Bruto

SAHOS – Síndrome da Apnéia-Hipopnéia Obstrutiva do Sono

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TJERJ – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

TQT – Traqueostomia

VM – Ventilação mecânica

Glossário

Ajuizar – Tornar objeto de processo ou demanda judicial^a.

BIPAP – Dispositivo não invasivo para suporte ventilatório com dois níveis de pressão: a inspiratória para ventilar o paciente através de interface naso-facial e uma pressão positiva expiratória para manter as vias aéreas e os alvéolos abertos para melhorar a oxigenação^b.

CPAP – Dispositivo não invasivo para suporte ventilatório com pressão contínua nas vias aéreas (pressão expiratória final contínua nas vias aéreas) em que a ventilação do paciente é feita de forma totalmente espontânea^c.

Dotação orçamentária – É o valor monetário autorizado, consignado na lei do orçamento (Lei Orçamentária Anual), para atender uma determinada programação orçamentária^d.

Deferir – Acolher um requerimento, um pedido, uma pretensão^e.

Equoterapia – Método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde, educação e equitação para pessoas portadoras de deficiência ou necessidades especiais^f.

Fita adesiva *kinesiology tape* – Fita livre de látex, ativada pelo calor do corpo, feita de fio elástico de polímero envolto por fibras de algodão (100%). Proporciona correção da função muscular por fortalecimento muscular;

^a Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>.

^b Disponível em:

<http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf>.

^c Disponível em:

<http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf>.

^d Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/dotacao-orcamentaria-rubrica>>.

^e Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>.

^f Disponível em: <<http://www.crefito15.org.br/equoterapia-fonte-de-reabilitacao-global-do-individuo-com-o-suporte-psicologico-e-motor-sobre-o-cavalo/>>.

estímulo cutâneo a fim de facilitar ou limitar movimentos; auxílio na redução de edema; correção do posicionamento articular, entre outras funções^g.

Fluxômetro – Aparelho utilizado para controlar e indicar o fluxo de oxigênio medicinal, ar comprimido, óxido nitroso ou argônio. Auxilia no monitoramento da rede de gases através da sinalização visual da queda de pressão da rede, de forma a prevenir a falta de gases para alimentar os equipamentos médicos hospitalares e ou pacientes. Pode ser conectado a válvulas de regulação, equipamentos e outras aplicações médicas^h.

Gratuidade de Justiça – Benefícios para o pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios. Depende da insuficiência de recursos por parte do autor da açãoⁱ.

Insuficiência/Hipossuficiência - Pode ser entendido como o sacrifício para manutenção do autor da ação ou de sua família na hipótese de serem exigidas as custas, despesas processuais e honorários advocatícios. Aquele que tem direito à assistência judiciária^j.

Juizado Especial Fazendário – Processa, concilia e julga causas cíveis de interesse dos estados, Distrito Federal, territórios e municípios até o valor de 60 salários mínimos^k.

Magistrado – Pessoa investida de autoridade jurisdicional para julgar. Juiz de direito^l.

^g Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502014000100094&script=sci_arttext&tlng=pt>.

^h Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/Tecnovigilancia/ResultadoGGTPS.asp>>.

ⁱ Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10152&n_link=revista_artigos_leitura>.

^j Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>.

^k Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/juizados-especiais/saiba-sobre/juizados-fazenda-publica>>.

^l Disponível em: <https://www1.tjrs.jus.br/export/publicacoes/vocabulario_juridico/doc/manual_linguagem_juridico_judiciaria.pdf>.

Mandado judicial – Ordem escrita da autoridade. É chamado de mandado judicial quando expedido por juiz ou ministro de tribunal^m.

Manômetro – Instrumento utilizado para estabilizar e regular a pressão (pressão de saída) de um cilindro de gás, seja ele de oxigênio, óxido nitroso ou ar comprimido. Deve estar acoplado necessariamente a um cilindro de gás. Existem dois tipos: de alta pressão, que indica a capacidade atual do cilindro e o de baixa pressão, que indica a pressão calibrada para saídaⁿ.

Método *Therasuit* – Programa intensivo de fisioterapia que utiliza veste ortótica dinâmica associada a elásticos para tratamento de pacientes com déficits neurológicos^o.

Órtese – Apoio ou dispositivo externo aplicado ao corpo para modificar os aspectos funcionais ou estruturais do sistema neuromusculoesquelético para obtenção de vantagem mecânica ou ortopédica^p.

Oxigenoterapia – Consiste na administração de oxigênio acima da concentração do gás ambiental normal (21%), com o objetivo de manter a oxigenação adequada. O oxigênio pode ser ofertado em três tipos de sistemas: concentrador de oxigênio, sistema líquido ou oxigênio pressurizado em um cilindro de metal. A escolha depende de quanto é necessário e conforme as atividades diárias. É preciso também levar em consideração o local de moradia, custos e restrições de segurança^q.

Oxigênio líquido – É feito por um super resfriamento do gás oxigênio, que o transforma em líquido. Na forma líquida, o oxigênio ocupa menor volume e pode ser armazenado em recipientes especiais^r.

^m Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>.

ⁿ Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/Tecnovigilancia/ResultadoGGTPS.asp>>.

^o Disponível em:

<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/original%2020%2004/753%20original.pdf>>.

^p Disponível em: <http://www.abbr.org.br/abbr/oficina_ortopedica/>.

^q Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-oxigenoterapia/>>.

^r Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-oxigenoterapia/>>.

Oxímetro – Dispositivo utilizado para monitorização não invasiva da saturação de oxigênio no sangue arterial mediante a um fotosensor^s.

Petição inicial – É a peça inicial do processo, na qual o autor formula o seu pedido. Assim, a resposta do réu e a sentença proferida pelo juiz terão por base o conteúdo apresentado na petição inicial^t.

Primeira Instância – Grau da hierarquia do Poder Judiciário. A primeira instância, onde em geral começam as ações, é composta pelo juízo de direito de cada comarca, pelo juízo federal, eleitoral e do trabalho^u.

Responsabilidade solidária/subsidiária – Na responsabilidade solidária, todos os devedores são responsáveis integralmente pelo débito, podendo o trabalhador cobrar de apenas uma empresa ou de todas elas ao mesmo tempo; na responsabilidade subsidiária, há uma ordem de preferência, isto é, aciona-se primeiro o devedor principal, somente se este não pagar, cobra-se dos demais^v.

Tutela antecipada – É um dispositivo jurídico, cujo principal objetivo é a concessão urgente do item pleiteado ao autor da ação, a fim de evitar os danos materiais decorrentes da demora do processo. O juiz pode concedê-la durante o processo ou no seu início, devendo, no entanto, fundamentar a sua decisão, concessiva ou não^w.

Trade-off – Termo utilizado em situações em que há conflito de escolha. Refere-se à troca compensatória entre a perda em algum aspecto e o ganho em outro aspecto^x.

^s Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/Tecnovigilancia/ResultadoGGTPS.asp>>.

^t Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/aceso-rapido/informacoes/vocabulario-juridico/entendendo-o-judiciario/peticao-inicial>>.

^u Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/aceso-rapido/informacoes/vocabulario-juridico/entendendo-o-judiciario/primeira-instancia>>.

^v Disponível em: <<http://www.trtsp.jus.br/221-pagina-principal/atendimento-e-servicos-trt2/1422-glossario-de-terminos-juridicos>>.

^w Disponível em: <<http://www.prba.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/glossario>>.

^x Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_GOL365.pdf>.

Vara de Fazenda Pública – Atua no processo e julgamento de causas cíveis em que figurem como autor, réu, assistente ou oponente, o Estado, os Municípios, suas autarquias, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e as fundações de direito público^y.

Ventilação mecânica – Método de suporte ventilatório artificial mediante aplicação de pressão positiva nas vias aéreas, Pode ser realizado de forma invasiva (com uso de prótese como tubo orotraqueal e cânula de traqueostomia introduzida na via aérea) ou não invasiva (com utilização de máscaras como as nasais e oronasais como interface entre o paciente e o ventilador artificial)^z.

^y Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/conheca-o-tjmg/a-justica/especialidades/#.WEQEP7IrLIU>>.

^z Disponível em:

<http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf>.

Sumário

1 Introdução.....	17
2 Objetivos.....	24
3 Método.....	25
4 Considerações Éticas	35
5 Resultados.....	36
5.1 Perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos no município do Rio de Janeiro.....	36
5.2 Custo direto da compra dos dispositivos no município do Rio de Janeiro:	41
6 Discussão	44
7 Considerações Finais	56
8 Referências Bibliográficas.....	57
APÊNDICE I	65
APÊNDICE II	66
APÊNDICE III	67
APÊNDICE IV	69
APÊNDICE V	70
APÊNDICE VI.....	71
APÊNDICE VII.....	72

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e, não meramente a ausência de doença (1). Alguns autores, porém, descrevem como inadequada a distinção entre o físico, mental e social (2, 3), indicando serem necessários além dos já conhecidos conceitos medidores de saúde como a habilidade, limitação e capacidade/incapacidade, a consideração de outros fatores: os componentes do chamado conceito de “saúde social”, como, por exemplo, as relações interpessoais. Almeida Filho (3) ressalta ainda a necessidade de inclusão neste conceito das repercussões sobre a qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que esta também pode refletir em seu estado de saúde.

Existem diversas ciências inseridas nesse amplo conceito de saúde, entre elas, a fisioterapia. De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), “a fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas [...]” (4). Após a sua regulamentação, por meio do Decreto-Lei 938/69 e de suas posteriores resoluções, houve um grande desenvolvimento da fisioterapia, ampliando significativamente sua participação no cenário da saúde brasileiro (4, 5).

A atuação da fisioterapia por meio da reabilitação é considerada importante nos cuidados de saúde para maximizar a independência funcional, sensorial, intelectual, psicológica e social de condições agudas e crônicas de saúde. Os programas de reabilitação podem ser fornecidos em diversas configurações, como hospitalizações e instalações especializadas (em nível ambulatorial ou domiciliar) (6). Sua atuação ocorre nos níveis de atenção básica, média e de alta complexidade, com ações fundamentadas em mecanismos terapêuticos, por meio do uso de técnicas específicas e utilização e prescrição de recursos físicos (4, 5, 7, 8).

Os equipamentos de fisioterapia, bem como os demais equipamentos utilizados na área da saúde, são denominados tecnologias em

saúde. Entende-se por tecnologia em saúde a aplicação prática do conhecimento para melhorar ou manter a saúde de um indivíduo ou de uma população. Existem três maneiras de descrevê-la:

- pela natureza física, em que são incluídas as categorias medicamentos, biológicos, equipamentos e acessórios, procedimentos médicos e cirúrgicos, programas de saúde pública, sistemas de suporte, sistemas organizacionais e sistemas gerencias;
- pela finalidade, no qual podem ser agrupados por prevenção, por *screening* (rastreamento), diagnóstico, tratamento, reabilitação e palição;
- pelo estágio de difusão, em que as tecnologias podem ser descritas como futuras, experimentais, investigativas, estabelecidas e obsoletas/abandonadas (9).

Os dispositivos utilizados na fisioterapia variam conforme seu campo de atuação e são selecionados em virtude da presença de múltiplos fatores individuais como características clínicas, sinais e sintomas. Os mais utilizados são, principalmente: (i) os de caráter respiratório - por motivo de presença de infecções, condições inflamatórias, limitação ao fluxo aéreo, dispneia (10, 11), depuração mucociliar insuficiente (10, 12), episódios de dessaturação de oxigênio, hipoxemia (13-15), apnéia por obstrução / colapso de vias aéreas (16) e, (ii) os de caráter motor (como descondicionamento, fraqueza muscular (10, 12), condições que necessitam de uso de órteses, próteses e equipamentos auxiliares de locomoção, etc (8).

No contexto de avaliações econômicas, existem diferenças entre dispositivos e medicamentos. Uma das causas dessa diferença é que os preços dos equipamentos são muito mais propensos a mudar ao longo do tempo, em virtude da entrada de novos produtos no mercado de cuidados de saúde, ou devido às maneiras como ocorrem a aquisição desses produtos neste mercado. Por exemplo, caso a avaliação de um novo dispositivo para uma dada população determine a mudança da prática clínica, o dispositivo até então utilizado será considerado obsoleto, o que pode reduzir seu preço e criar espaço para a inserção e financiamento do novo dispositivo, a depender da maneira com que o produto é adquirido (17).

Um levantamento realizado pelo IBGE entre os anos de 2010 e 2013 evidenciou um aumento de 55,4% dos gastos do governo com bens e serviços de

saúde no período, apresentado do ponto de vista de quem realiza o pagamento – o governo, e não de quem recebe o bem ou serviço – a população. Tais dados demonstram que as variações de um ano para o outro refletem, um crescimento do volume de consumo e um aumento de preços (18).

O aumento da procura por tecnologias de saúde, incluindo equipamentos, se deu em virtude de fatores que modificam os padrões de morte, morbidade e invalidez, tais quais: (i) mudanças no perfil epidemiológico, como o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e aumento global do envelhecimento populacional; (ii) demandas geográficas; (iii) alterações político-institucionais como a redução de tempo de internação hospitalar, implementação de sistemas de internação domiciliar e situações em que o paciente pode manejar o próprio equipamento em domicílio, realização de estratégias de saúde da família, etc. Tais fatores modificaram o padrão de atenção e cuidado enfatizando, muitas vezes, a tecnologia como principal alternativa de intervenção, desconsiderando as variáveis econômicas e sociais, o que ocasiona frequentemente uma elevação dos custos de assistência (5, 19-23).

As soluções tecnológicas são utilizadas principalmente para o cuidado de doenças crônicas, cuja incidência aumenta com o envelhecimento populacional. Elas devem estar focadas no aumento da qualidade de vida, bem como na efetividade dos procedimentos com objetivo de consolidar um desenvolvimento sustentável e equilibrado, reconhecendo o Estado como significativo regulador da oferta de serviços de forma equitativa (20). Entretanto, o uso de tecnologias, como as progressivamente mais custosas, tem sido apresentado como um dos principais motivos para a elevação dos custos em saúde. Tal fato ocorre uma vez que a difusão de tecnologias no âmbito da saúde apresenta um processo mais rápido, sendo incorporadas por diversos profissionais de forma acelerada. Desse modo, acabam não sendo consideradas como tecnologias substitutas, mas, classificadas como complementares ou acumulativas. Isto implica, muitas vezes, no aumento de gastos de forma proporcional ao aprimoramento dos equipamentos bem como dos conhecimentos utilizados no cuidado à saúde, independente de fatores como aumento da expectativa de vida ou maior cobertura da população. Tal fato determina a necessidade de novas perspectivas de análise para o processo de decisão acerca

do uso de novas tecnologias, considerando suas múltiplas dimensões: dos profissionais, dos pacientes, dos gestores (24).

Nesse contexto, surge uma preocupação global com os crescentes gastos em saúde, tornando-se alvo de ampla discussão, sobretudo, no que diz respeito ao seu financiamento, a fim de garantir a eficiência e equidade dos serviços à população (25). Assim, não somente o Brasil, mas, diversos países apresentam grande dificuldade em relação ao financiamento de seus sistemas, independente do modelo utilizado. Os países desenvolvidos também têm se deparado com o crescente aumento das despesas nesta seara, principalmente quando apurado em termos *per capita* ou por meio do percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (24).

No Brasil, após a Constituição de 1988, ficou estabelecido um sistema de saúde universal. No entanto, o setor público investiu, no ano de 2013 em média, cerca de 3,6% do PIB, o que representa 44% do gasto total em saúde. Quando se observa, por exemplo, a receita tributária municipal, sua maioria apresenta-se insuficiente para cobrir o custo da demanda de ações e serviços em saúde, dependendo, assim, de recursos de outras esferas (Estado e União). Dessa forma, entende-se que não existe um modelo perfeito a ser seguido e, países de forma geral, incluindo o Brasil, têm discutido reformas a fim de objetivar a solução da sustentabilidade financeira da assistência à saúde (26).

De acordo com o Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, despesas com ações e serviços públicos de saúde por recursos próprios, ocorreram na ordem de aproximadamente 35 milhões no ano 2000, passando para cerca de 140 milhões no ano de 2010. Quando tais despesas foram calculadas em relação ao PIB, no ano de 2000 houve uma proporção de 2,95%, enquanto que em 2010 a proporção foi elevada para 3,67% (27).

Nessa perspectiva, a fim de aumentar o alcance de um maior número de pessoas aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, com melhor alocação dos recursos financeiros disponíveis, a OMS recomenda que os países com cobertura universal, como o Brasil, estabeleçam graus de prioridade para expansão de serviços, a fim de que ocorra uma combinação adequada entre eles. Para elencar tais prioridades, critérios relacionados a custo-efetividade, priorização daqueles com pior situação de saúde e proteção contra o risco

financeiro devem ser considerados. Outra possível estratégia é o uso de *trade-offs* em situações desejáveis, porém concorrentes, levando em consideração o contexto do país (28).

Como forma de tentar atenuar os crescentes gastos em saúde e, tendo em vista que as políticas públicas devem ser estabelecidas conforme o perfil de morbi-mortalidade da população, diversas recomendações como a formulação de políticas que alcancem as necessidades da população com equidade e eficácia foram estipuladas pelo Plano PluriAnual de 2012 a 2015, o que pode contribuir para melhor informar a população quanto às tecnologias existentes, no âmbito do SUS, a fim de melhor atendê-los (29).

Com o objetivo de desenvolvimento e melhor implementação de políticas públicas que visam cuidado integral, prevenção e promoção da saúde e, em virtude do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (30).

Assim, diante dos crescentes gastos para atender a população que necessita de cuidados e a dificuldade de acesso aos serviços no âmbito da saúde, cabe contextualizar que, no Brasil, existem diversos instrumentos legais que tratam do direito à saúde e, conseqüentemente, do uso de equipamentos demandados para tratamento ou manutenção de doenças. A Constituição Federal de 1988 (CF), em seu artigo 6º, reconhece a saúde como direito social e, conforme estabelecido pelo artigo 194, em conjunto com a previdência e assistência social está inserida no conceito de seguridade social. No artigo 196 a saúde é considerada um “direito de todos e dever do Estado”, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, que visam o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” (31). Também configura um instrumento legal que aborda a saúde como direito, a Lei nº 8.080/90, que regula as ações e serviços de saúde, e determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (32). Diante dos dispositivos legais citados, pode-se inferir que, não sendo as políticas de saúde honradas de forma universal e igualitária, o cidadão encontra-se amparado para reivindicar judicialmente, frente a todas as esferas de governo, o cumprimento efetivo de seu direito à saúde.

Nesse contexto, no âmbito brasileiro, surge o fenômeno chamado “judicialização da saúde”, também denominado como “judicialização do direito à saúde”, entendido por uma opção judicial para garantir o acesso dos cidadãos às ações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (33,34). A “judicialização da saúde” é mencionada como um fenômeno recente no Brasil, que vem crescendo rapidamente (35-40). Tal fato reflete o desejo e a necessidade da sociedade em garantir seu direito à saúde perante o sistema Judiciário, evidencia as deficiências e fragilidades das políticas públicas e demonstra a necessidade de compreensão das restrições e potenciais na área da saúde (37, 40-42). Este fenômeno engloba enfoques bem mais amplos que os relacionados apenas à questão jurídica e de serviços públicos, como assuntos de natureza sanitária, ético-política, entre outros (43).

Em virtude da complexidade delineada pelo processo de judicialização da saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) instituiu a Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Nela consta orientação aos Tribunais para “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”. Nesta perspectiva, foi criado o Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) em ações judiciais de saúde, por meio da parceria entre o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJERJ) e a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (44). O NAT é formado por profissionais da saúde que, por meio da análise detalhada dos pedidos médicos anexados aos processos, emitem pareceres técnicos que contemplam informações referentes às demandas em saúde. Este núcleo tem por finalidade principal a ajuda no respaldo dos magistrados em suas decisões por meio das informações contidas em tais pareceres (44-46).

Diante do elevado gasto público com a judicialização da saúde e o número reduzido de estudos nesta seara, o presente estudo apresenta grande relevância, uma vez que, por meio do estabelecimento do perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos no município do Rio de Janeiro bem como o conhecimento do seu custo direto, pode auxiliar na gestão de recursos financeiros. O presente estudo justifica-se ainda, pela possibilidade de otimização e implementação de políticas públicas de acordo com a demanda e com o perfil epidemiológico local, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

Assim, considerando o direito à saúde e o custo direto causado pelas ações judiciais, o presente trabalho visou analisar, por meio da atuação do NAT, os aspectos relacionados a este tema na área da fisioterapia.

2 Objetivos

- Primário: descrever e analisar o perfil da judicialização de itens fisioterapêuticos do município do Rio de Janeiro por meio dos processos judiciais submetidos ao NAT do TJERJ.
- Secundário: levantar os dispositivos fisioterapêuticos mais demandados e estimar o custo direto que a compra de tais itens, para cumprimento das demandas judiciais, representam para o município do Rio de Janeiro.

3 Método

O perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos do município do Rio de Janeiro foi traçado por meio de um desenho observacional transversal, mediante informações retiradas dos processos judiciais submetidos ao Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) do TJERJ no período de maio de 2013 a setembro de 2015. Foram analisados os pleitos de cada processo, que tiveram por objeto o fornecimento de dispositivos de fisioterapia. O período de coleta foi realizado considerando a data do pedido do dispositivo, presente à inicial de cada processo. Nos processos em que houve data de entrada anterior ao período de análise, neste caso, antes de maio de 2013, foi considerada a data em que houve inclusão da requisição do dispositivo fisioterapêutico no processo.

Foram incluídos apenas os processos com titularidade individual com pleitos demandantes de dispositivos utilizados na fisioterapia respiratória e motora. Para a fisioterapia respiratória, foram incluídos os equipamentos de oxigenoterapia, ventilação mecânica e os equipamentos para auxílio de remoção de secreções respiratórias e monitorização de saturação de oxigênio. Na fisioterapia motora, foram incluídos os equipamentos auxiliares de locomoção, órteses, utensílios para otimização da função circulatória e utensílios para estabilização muscular. Os pleitos foram dispostos de acordo com suas classificações e subgrupos, a saber:

- oxigenoterapia: modalidade estacionária (concentrador de oxigênio, oxigênio gasoso comprimido em cilindro, tanque de oxigênio líquido) e modalidade não-estacionária (oxigênio gasoso comprimido em cilindro portátil, mochila portátil de oxigênio líquido).
- ventilação mecânica: invasiva (ventilador mecânico) e não invasiva (Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas - CPAP e Pressão Positiva com dois níveis nas vias Aéreas - BIPAP).
- equipamentos auxiliares de locomoção: cadeira de rodas padrão (adulto e infantil), cadeira de rodas motorizada, cadeira de rodas monobloco, andador, guincho de transferência.
- equipamentos para auxílio de remoção de secreções: aspirador e nebulizador.

- equipamentos para monitorização: oxímetro.
- órteses: para membros inferiores (fixa).
- utensílios para otimização da função circulatória: meias elásticas graduadas (média compressão)
- utensílios para estabilização muscular: fita adesiva *kinesio tape*.
- acessórios: para oxigenoterapia (cateter nasal, tenda de traqueostomia, máscara – nasal, orofacial e com reservatório – fluxômetro, manômetro, macronebulizador). Para ventilação mecânica (traquéia, filtro, umidificador, bateria, *nobreak*). Para auxílio de remoção de secreções (sonda de aspiração). Para cadeira de rodas: almofadas para prevenção de úlceras de pressão.

Foram considerados como critérios de exclusão os processos de titularidade individual com pleitos de tratamentos fisioterapêuticos como hidroterapia, terapia ocupacional e laserterapia, além de outros tipos de tratamentos, como a equoterapia e o tratamento pelo método *Therasuit*. Os tratamentos supracitados foram excluídos porque não se configuram como equipamentos de fisioterapia.

Para traçar o perfil da judicialização dos dispositivos de fisioterapia, os dados retirados dos processos foram dispostos no formulário de extração criado no Microsoft Excel (Apêndice I) e posteriormente avaliados. As variáveis de interesse são:

- dados pessoais do autor: data de nascimento, gênero e bairro de moradia.
- dados processuais: origem do processo (varas, juizados especiais), data de entrada do processo, representação jurídica do autor (se pela defensoria pública ou por advogados particulares), pedido de gratuidade de justiça ou declaração de hipossuficiência, se a decisão técnica emitida pelo NAT foi ou não acatada pelo juiz, se a decisão judicial favoreceu ou não o autor da ação (paciente) e a data desta decisão.
- dados clínicos do autor: Código Internacional de Doenças (CID-10) ou doença descritos em documento médico anexado, uma vez que a condição clínica ocasiona a demanda pelo dispositivo.

- dados sobre o dispositivo pleiteado: descrição do dispositivo, acessórios, quantidade/posologia e se uso regular ou intermitente, também descritos em documento médico.

Os dados pessoais e processuais do paciente foram retirados da petição inicial acostada ao processo. Para avaliar se a decisão técnica sugerida pelo NAT/TJERJ foi acatada pelo juiz, comparou-se o conteúdo do parecer técnico emitido pelo referido núcleo à informação contida na determinação judicial, também presente no processo. Para avaliar se a decisão judicial favoreceu ou não o paciente foi também consultada a decisão judicial.

Em relação aos dados clínicos do demandante, foi considerado o que consta descrito em documentos médicos anexados ao processo. As informações sobre o dispositivo pleiteado foram retiradas da petição inicial (solicitação advocatícia) e do conteúdo dos documentos médicos anexados ao processo (solicitação médica). Em caso de solicitação de duas ou mais opções (a escolher, caso o item fosse deferido por decisão judicial) nos referidos documentos, optou-se pela escolha do dispositivo mais barato. Em situações nas quais não houve descrição exata do dispositivo requisitado, em que foi apenas citada a função geral do equipamento, no caso, os dispositivos com função de oxigenoterapia, a classificação “NR – não relatado” foi utilizada. Assim, foi, também, arbitrada a opção mais barata, a saber, o preço referente ao dispositivo cilindro de oxigênio gasoso de uso estacionário. Para listar a doença do autor da ação considerou-se sua doença de base ou aquela que ocasionou a requisição do item pleiteado. O CID-10 informado foi confirmado por meio de consulta ao seu site oficial^{aa}. Para informações sobre itens padronizados, o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS (SIGTAP)^{bb} foi consultado.

Os autores das ações (pacientes) foram agrupados de acordo com o endereço residencial (bairro), tomando-se como base a divisão geográfica das regiões e bairros do município do Rio de Janeiro conforme endereço eletrônico da Prefeitura do Rio de Janeiro^{cc}.

^{aa} Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/>>.

^{bb} Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>.

^{cc} Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp/exibeconteudo?id=4477454>>.

Para a realização do ajuste populacional, dividiu-se o número de processos ajuizados pelos residentes pela população total de cada bairro, para a obtenção do número de processos ajuizados *per capita*. As informações sobre a população total foram conseguidas por meio de consulta às estatísticas municipais do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, no endereço eletrônico da Prefeitura do Rio de Janeiro^{dd}, com dados relativos ao Censo de 2010.

A informação utilizada para avaliar o nível de renda dos pacientes foi o rendimento domiciliar mensal médio, mediante consulta às informações do Armazém de Dados do Instituto Pereira Passos também no endereço eletrônico da Prefeitura do Rio de Janeiro^{ee}.

O levantamento de custos foi realizado na perspectiva do SUS, na qualidade de provedora dos dispositivos pleiteados, em caso de deferimento do pedido por parte do autor (paciente) na ação judicial.

Tendo em vista que o conhecimento dos custos é imprescindível para inúmeras situações, como o estabelecimento da previsão de orçamento de um determinado período, mediante a projeção de gastos ocasionados ao sistema de saúde, faz-se necessário esclarecer, no contexto do presente trabalho, que custo é uma expressão monetária que representa os recursos aplicados a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços (47). Existem diversos tipos de custos e, um dos principais, pode ser classificado como custo direto ou indireto. O primeiro é aquele que é diretamente identificado e associado ao produto, sem necessidade de critérios de rateio para essa associação. Já o custo indireto, em geral, dá sustentação ao funcionamento de atividades e apresenta característica de impossibilidade de identificação e quantificação direta, de forma objetiva. O custo indireto depende de recursos e taxas de rateio (47).

Assim, embora existam os custos indiretos da judicialização da saúde de forma geral, como o custo da tramitação do processo, custos com recursos humanos, manutenção de área e instalações físicas, entre outros, salienta-se que, no presente trabalho, somente foram quantificados os custos diretos da judicialização dos dispositivos fisioterapêuticos no município do Rio de

^{dd} Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_bairro.htm>.

^{ee} Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/indice/flanali.asp?codpal=1197&pal=RENDIMENTO>>.

Janeiro. Dessa forma, foram estimados os custos com a aquisição dos referidos dispositivos pleiteados via ações judiciais submetidos ao NAT, no município mencionado.

Os dados relacionados ao custo para o município não foram retirados dos processos. Foram consideradas informações sobre o custo por dispositivo pleiteado e se este é padronizado nas listas oficiais do SUS para dispensação. Assim, a pesquisa se limitou a avaliação dos custos diretos das ações ajuizadas, que foram estimados por meio de utilização das seguintes fontes de custos, nesta ordem: portal de compras do Governo Federal (Compras Governamentais)^{ff}, SIGTAP^{bb}, Revista Simpro Hospitalar⁹⁹ e fornecedores de equipamentos médico-hospitalares. O site compras governamentais foi utilizado prioritariamente. Caso o dispositivo procurado não estivesse incluído na referida lista, a busca foi realizada por meio do SIGTAP. Caso o dispositivo a ser precificado não fosse padronizado ou seu preço não constasse na lista do SIGTAP, a busca na Revista Simpro Hospitalar foi realizada. Por fim, caso ainda assim o dispositivo procurado não fosse encontrado na revista mencionada bem como nas fontes anteriormente citadas, foi realizada busca de preço por meio dos principais fornecedores de equipamentos médico-hospitalares disponíveis e por meio de contato com seus representantes. O período-base da busca por preços nas fontes mencionadas foi o ano de 2015.

O processo de precificação foi embasado conforme a descrição do dispositivo presente nas fontes selecionadas. As peculiaridades das escolhas estão abaixo relatadas, de acordo com cada fonte de busca:

- Compras Governamentais: o item escolhido foi o que apresentou a descrição exata do dispositivo pleiteado ou a descrição mais semelhante. Para dispositivos com mesmo código e diversas compras/licitações no período de análise, foi realizada a média ponderada desses valores.
- SIGTAP: foi realizada a coleta do preço relativo ao código do dispositivo padronizado.
- Revista Simpro Hospitalar: de acordo com a descrição do produto, optou-se pela coleta do menor preço.

^{ff} Disponível em: <<http://www.comprasgovernamentais.gov.br/>>.

⁹⁹ Disponível em: <<http://www.simpro.com.br/>>.

- Fornecedores de equipamentos médico-hospitalares: os preços dos equipamentos foram selecionados tomando como base a sua descrição.

Em caso de mais de um código/descrição para um mesmo tipo de equipamento, como os relativos à modelo ou outros detalhes referentes à cor, gênero, tamanho e material, as diferenças foram arbitradas em todas as fontes de coleta de preço supramencionadas (Apêndice II), conforme a seguir:

- fita adesiva *kinesiology tape*: cor bege;
- sonda de aspiração: nº 10;
- meia elástica média compressão: tamanho médio adulto, modelo $\frac{3}{4}$, para gênero masculino;
- máscaras nasal, oronasal e com reservatório: tamanho médio adulto;
- tenda de TQT: tamanho infantil;
- circuito: tamanho pediátrico;
- órtese de membros inferiores: material do tipo polipropileno.

A descrição de cada dispositivo judicializado encontra-se nas tabelas contidas nos Apêndices III, IV, V e VI, dispostos separadamente conforme a fonte de precificação utilizada.

A avaliação dos dados foi realizada mediante análise descritiva da frequência de ocorrência dos dispositivos fisioterapêuticos judicializados.

Para a obtenção dos valores dos dispositivos, houve diferentes formas de precificação, uma vez que foram pleiteados equipamentos com e sem fornecimento continuado. Para a maioria dos dispositivos pleiteados foi realizada uma única compra, por se tratarem de equipamentos sem necessidade de reposição, sendo seu custo, utilizado apenas uma vez para o cálculo de gasto anual. O cálculo do gasto total com tais dispositivos foi obtido por meio da multiplicação de seu preço unitário pela quantidade de itens requeridos no período analisado.

Quanto aos dispositivos de fornecimento contínuo, como aqueles com função de oxigenoterapia, foi considerado o custo da locação mensal do equipamento acrescido de suas recargas regulares (Apêndice VII) e, para o acessório sonda de aspiração, foi considerada sua necessidade de reposição, ambos conforme posologia e o tempo de utilização prescritos em documentos médicos acostados aos processos.

Foram utilizados preços de venda para todos os dispositivos pleiteados exceto para os de função de oxigenoterapia do tipo cilindro de oxigênio (armazenamento líquido e gasoso) em que foi utilizado preço de locação. Para os dispositivos de oxigenoterapia com armazenamento de oxigênio na forma líquida, o tipo Freelox[®], que comporta sistema de oxigênio líquido com tanque e mochila, foi adotado em virtude de não ter sido possível precificar outro tipo. Quanto à prescrição da quantidade (litragem) de oxigênio a ser utilizada, em todos os processos nos quais houve esse tipo de especificação, baixos fluxos (1 a 5 Litros por minuto) foram solicitados. Assim, arbitrou-se o cálculo utilizando o fluxo de 2 Litros por minuto uma vez que, conforme fornecedor^{hh}, o tempo de duração dos cilindros de oxigênio, tanto de armazenamento na forma líquida quanto gasosa, foi calculado com o referido fluxo.

Em relação aos dispositivos com função de oxigenoterapia, o cálculo foi feito somente para fonte de administração por cilindro, uma vez que o outro tipo de fonte de administração de oxigênio – concentrador, não necessita de recarga, pois trata-se de um sistema que separa o oxigênio disponível no ar e fornece o oxigênio ao paciente de forma altamente concentradaⁱⁱ, sendo, para esse, considerada uma única compra. Assim, o cálculo para a obtenção da quantidade necessária de cilindros para cada paciente foi realizado mediante o tipo de armazenamento de oxigênio, na forma líquida e gasosa (Apêndice VII).

No que concerne aos itens com função de oxigenoterapia em que não houve especificação em documentos médicos acostados, intitulados “não relatado”, foram arbitrados aqueles de menor valor, a saber, os cilindros de oxigênio gasoso de uso estacionário.

Para os dispositivos com função de oxigenoterapia com administração sob forma de cilindros, o cálculo para obtenção da quantidade necessária de cilindros para cada Autor (paciente) foi realizado conforme o tipo de armazenamento de oxigênio, a saber:

- sistema de armazenamento de oxigênio na forma gasosa: a autonomia do cilindro de O₂ estacionário, a um fluxo de 2L/min, é de 36 horas e a do cilindro portátil, também com fluxo de 2L/min, é de 2 horas e 30

^{hh} Disponível em: <http://www.vitalaire.com.br/pt_BR/oxigenoterapia/fontes-de-oxigenio.html>.

ⁱⁱ Disponível em: <http://vitalaire.com.br/file/otherelement/pj/vitalaire%20-%20oferta%20global126204.pdf> Acesso em: 09 mai. 2016.

minutos¹⁰. Assim, pode-se inferir que, para o cilindro de O₂ estacionário de uso contínuo, sob o fluxo apontado, seriam necessárias 20 recargas mensais de oxigênio para o cilindro mencionado, em caso de locação, o que totalizam 240 recargas por ano. O referido cálculo de gasto mensal foi realizado multiplicando 24h por 30 dias, resultando 720 horas contidas no mês. Ao dividir essas 720 horas pelo tempo de duração do cilindro estacionário – 36 horas, foi obtida a demanda de 20 cilindros por mês. A quantidade anual foi conseguida por meio da multiplicação do gasto mensal – 20 cilindros, pela quantidade de meses contidos no ano – 12 meses. Dessa forma, foi obtido o custo de R\$ 3.560,00 por processo, considerando os valores da recarga (R) – R\$ 85,00 e da locação (L) – 155,00, conforme demonstrado na equação $(20 \times R) + (L \times 12)$. Para o cilindro portátil, devido a não especificação do tempo de uso nas prescrições médicas acostadas aos processos, foram arbitradas duas saídas semanais com duração de 2 horas e 30 minutos cada. Assim, ao multiplicar a quantidade necessária semanal – 2 cilindros portáteis pela quantidade de semanas contidas em um ano – 52 semanas, obteve-se a demanda anual de 104 cilindros portáteis. Dessa forma, chegou-se a um custo anual de R\$ 11.060,00, por processo, considerando os valores da recarga (R) – R\$ 85,00 e da locação (L) – 155,00, conforme demonstrado na equação $(104 \times R) + (L \times 12)$.

- armazenamento de oxigênio na forma líquida (Sistema Freelox[®]): Como a autonomia para o reservatório, componente do sistema de oxigenoterapia com armazenamento na forma líquida, é de 13 dias para um fluxo de 2L/min¹⁰, entende-se que para um uso contínuo com fluxo a 2L/min, seriam necessários, em caso de locação, aproximadamente 29 recargas por ano. O cálculo mencionado foi realizado por meio da divisão dos dias contidos em 1 ano – 365 dias pela duração do referido reservatório – 13 dias. Pela mesma questão utilizada em relação ao cilindro gasoso portátil, foi arbitrado o uso de 1 cilindro (mochila) portátil de oxigênio líquido a cada 2 semanas. Ao dividir o número de semanas contidas em um ano – 52 pela quantidade de semanas que o cilindro portátil dura – 2, foi obtida a necessidade de 26 recargas anuais do referido item. Assim, para a obtenção da

quantidade de recargas anuais foi considerada a maior quantidade de recargas, a saber, a recarga referente ao cilindro estacionário. Dessa forma, foi obtido o custo anual de R\$ 25.470,00 por processo, considerando os valores da recarga (R) – R\$ 510,00 e da locação (L) – 890,00, conforme demonstrado na equação $((29 \times R) + L) \times 12$.

Para o acessório sonda de aspiração, optou-se por arbitrar sua quantidade de uso – três sondas por dia, uma vez que não consta descrita, em nenhum dos processos em que houve sua solicitação, a quantidade necessária. O cálculo foi realizado por meio da multiplicação dessa quantidade diária – três sondas, por 365 (número de dias contidos no ano), sendo, assim, obtida a quantidade anual de 1095 sondas de aspiração.

Faz-se ainda importante justificar, no presente estudo, a lógica aplicada para a escolha relativa às fontes de precificação utilizadas para a estimativa do custo. Optou-se pelo site Compras Governamentais por seus preços serem relativos às compras realizadas pelo governo, com preços praticados de forma atualizada. O SIGTAP foi escolhido em virtude de ser uma lista oficial que contém os preços dos itens padronizados pelo SUS. Seus valores também foram utilizados como base para estimar o gasto com a compra dos equipamentos judicializados, embora em menor escala, já que foram poucos os dispositivos fisioterapêuticos judicializados, neste trabalho, que integram a referida lista. A busca na Revista Simpro Hospitalar também foi considerada por se assemelhar aos preços utilizados em compras de urgência, como as realizadas devido à existência de curtos prazos de cumprimento de mandatos judiciais pelas secretarias de saúde, uma vez que contém preços reais praticados sem descontos comerciais.

No que tange aos fornecedores de equipamentos médico-hospitalares, a escolha foi realizada tomando como base as instituições bem estabelecidas no mercado e, preferencialmente, aquelas em que já houve licitação pelo governo conforme consulta no site Compras Governamentais. Nesse caso, foi utilizado o menor preço para cada item encontrado.

A decisão conservadora de se utilizar os menores valores encontrados foi preconizada uma vez que se assumiu, no presente trabalho, estimar o custo direto mínimo que a judicialização de dispositivos de fisioterapia,

analisados no período selecionado, já estão ocasionando no município do Rio de Janeiro.

4 Considerações Éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia (INC) sob o número 49380315.9.0000.5272. A identificação do autor da ação (paciente) bem como suas informações particulares, não foram incluídas por motivo de confidencialidade, que foi garantida pela proteção do banco de dados por meio de senha e pelo acesso restrito aos pesquisadores envolvidos no projeto.

5 Resultados

5.1 Perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos no município do Rio de Janeiro

Foram analisados 243 processos ajuizados no município do Rio de Janeiro com objetivo de aquisição de dispositivos relacionados à fisioterapia entre o período de Maio de 2013 a Setembro de 2015. Nos oito meses coletados em 2013, houve entrada de 59 processos, passando para 87 processos durante todo o ano de 2014, enquanto que nos nove meses coletados referentes ao ano de 2015, houve ajuizamento de 97 processos, conforme mostrado na figura 1.

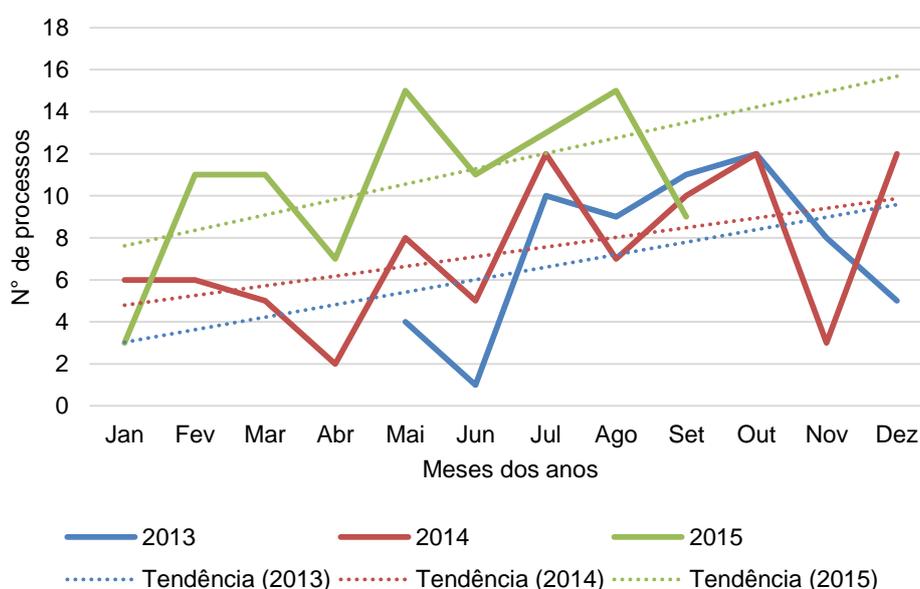


Figura 1: Distribuição dos processos conforme data do pedido do dispositivo fisioterapêutico contido na inicial

Em relação às características dos autores (pacientes) dos processos, observou-se que 54% foram do gênero masculino. Em relação à faixa etária, 63% dos processos foram ajuizados por pessoas com idade acima de 60 anos. Entre os bairros de moradia dos autores, do município do Rio de Janeiro, os que mais judicializaram foram Jacarepaguá (11%) – situado na zona oeste, Tijuca (5%) – situado na zona norte e Santa Cruz (4%) – também situado na zona oeste (Tabela 1). Com o ajuste populacional, o número de processos *per*

capita ajuizados em cada bairro foi, aproximadamente, de um processo para cada 7.400, 13.600 e 21.700 habitantes dos bairros de Jacarepaguá, Tijuca e Santa Cruz, respectivamente.

Tabela 1: Região de moradia dos autores das ações (pacientes)

Região	Nº de Processos	Percentual
Norte	119	46%
Oeste	84	37%
Central	14	6%
Outros	13	5%
Sul	13	5%
Total	243	100%

Ainda no que se refere ao bairro de moradia dos autores das ações (pacientes), nos três bairros em que houve mais judicialização de dispositivos de fisioterapia no município do Rio de Janeiro (Jacarepaguá, Tijuca e Santa Cruz), houve uma representatividade de renda de caráter variado (Tabela 2).

Tabela 2: Rendimento domiciliar mensal médio por bairros do município do Rio de Janeiro

Bairro	Setores em área formal*	Setores em aglomerado subnormal**
Rio de Janeiro	3 920,44	1 248,52
Jacarepaguá	3 845,44	1 362,66
Tijuca	6 492,52	1 387,48
Santa Cruz	1 512,86	1 051,81
Lagoa	11 292,35	1 419,74
Barra da Tijuca	9 618,16	1 603,40
Anchieta	1 988,09	1 197,27
Pavuna	1 829,98	1 036,27

Fonte: Adaptado de IBGE. Dados demográficos dos setores censitários do Censo Demográfico de 2010. * Setores não localizados em aglomerados subnormais. ** Conjunto de unidades habitacionais carentes com ausência de título de propriedade, irregularidade das vias de circulação, do tamanho e forma dos lotes e com carência de serviços públicos essenciais (coleta de lixo, rede de esgoto e de água, energia elétrica, iluminação pública).

Em relação à condição clínica que ocasionou o requerimento dos dispositivos, observou-se que, em sua maioria, ocorreu em virtude da presença

de doenças respiratórias conforme demonstrado na Tabela 3. Entre as doenças respiratórias mais demandadas estão a Síndrome da Apnéia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (31%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (14%), e a fibrose pulmonar (11%).

Tabela 3: Classificação das doenças que ocasionaram a judicialização de dispositivos fisioterapêuticos

Classificação da Doença	Nº de Pacientes	Percentual
Respiratória	160	65,57%
Neurológica	58	23,77%
Circulatória	8	3,69%
Reumatológica	6	2,46%
Ortopédica	4	1,64%
Cardiológica	2	0,82%
Congênita	2	0,82%
Dermatológica	1	0,41%
Endócrina	1	0,41%
Infecciosa	1	0,41%
Total	243	100,00%

Diante desse contexto, os dispositivos e os acessórios mais judicializados também foram relacionados ao tratamento das doenças respiratórias. Entre os dispositivos, estão o CPAP (21%), concentrador de oxigênio (17%) e o cilindro de oxigênio portátil (13%), conforme Tabela 4.

Tabela 4: Dispositivos fisioterapêuticos demandados

Dispositivo	Quantidade	Percentual
Cpap	64	20,58%
Concentrador O2	54	17,36%
Cilindro O2 Portátil	42	13,50%
Cadeira de Rodas Motorizada	30	9,65%
NR	23	7,40%
BIPAP	22	7,07%
Cilindro O2	16	5,14%
Cadeira de Rodas	11	3,54%
Tanque + Mochila O2 líquido	10	3,22%
Meia elástica Média compressão	9	2,89%
Aspirador	8	2,57%
Guincho de transferência	4	1,29%
Oxímetro	4	1,29%
Nebulizador	3	0,96%
Andador	2	0,64%
Estabilizador	2	0,64%
Cadeira de Rodas infantil	1	0,32%
Cadeira de Rodas Monobloco	1	0,32%
Cough-assist	1	0,32%
Fita Adesiva <i>Kinesiology Tape</i>	1	0,32%
Órtese tíbio társica fixa	1	0,32%
Ventilador	1	0,32%
Ventilador pediátrico	1	0,32%
Total	311	100,00%

Em relação aos acessórios dos dispositivos, os mais requeridos foram máscara nasal (46%) e cateter nasal (18%), como demonstrado na Tabela 5. No entanto, as requisições dos dispositivos e acessórios são bastante variadas em função da condição clínica que embasou o pedido dos dispositivos bem como suas necessidades individuais diversas.

Tabela 5: Acessórios dos dispositivos fisioterapêuticos demandados

Acessório	Quantidade	Percentual
Máscara Nasal	67	46,21%
Cateter Nasal	26	17,93%
Máscara Oronasal	8	5,52%
Traqueia	8	5,52%
Nobreak	8	5,52%
Umificador	7	4,83%
Filtro	6	4,14%
Sonda de Aspiração	4	2,76%
Bateria para BIPAP	3	2,07%
Almofada de Assento	2	1,38%
Circuito para VM	1	0,69%
Fluxômetro	1	0,69%
Macronebulizador	1	0,69%
Manômetro	1	0,69%
Máscara com reservatório	1	0,69%
Tenda TQT	1	0,69%
Total	145	100,00%

Dos 36 tipos de dispositivos demandados, sete constam como incorporados nas listas oficiais do SUS para uso domiciliar, no âmbito do município do Rio de Janeiro². Todos os dispositivos pleiteados apresentam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)^{jj}.

Os processos foram originados das Varas de Fazenda Pública e dos Juizados Especiais Fazendários do município do Rio de Janeiro. Em aproximadamente 80% dos casos, houve opção por auxílio da Defensoria Pública. Em todos os processos, independente da representação jurídica, foi pedido o benefício da gratuidade de justiça (Tabela 6).

Tabela 6: Representação jurídica dos autores das ações (pacientes)

Representação Jurídica	2013	2014	2015	Total	%
Advogado Particular	18	16	15	49	20,16%
Defensoria Pública	41	71	82	194	79,84%
Total				243	100%

^{jj} Disponível em:

<http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto_correlato/consulta_correlato.asp>.

O tempo médio de duração dos processos, que, nesse caso, compreende a entrada do pedido e a decisão judicial em 1ª instância, foi de 60 dias. A decisão mais breve foi concedida em dois dias e a mais demorada, em 742 dias. A mediana relativa ao tempo de duração dos processos foi de oito dias.

No que tange à decisão dos juízes, em todos os processos houve a concessão tanto da ferramenta jurídica da tutela antecipada requerido bem como de todos os dispositivos pleiteados pelos autores das ações (pacientes), conforme decisão judicial em 1ª instância, excetuando-se os processos que não se concluíram por motivos de óbito – 2, por terem sido extintos – 8 ou, ainda, por estar em andamento devido a solicitações de esclarecimentos ou comprovações solicitadas pelos magistrados aos autores das ações (pacientes) – 12. Quanto à apreciação dos pareceres técnicos emitidos pelo NAT, apenas dois não foram acatados pelos juízes, um referente ao período-base de 2013 e outro ao de 2014, ambos justificados por apresentarem-se pautados na CF.

5.2 Custo direto da compra dos dispositivos no município do Rio de Janeiro:

O custo estimado com o atendimento das sentenças judiciais no município do Rio de Janeiro, no período analisado, foi de R\$ 2.561.270 para os dispositivos de fisioterapia e de R\$ 88.106 com seus acessórios, totalizando um custo direto estimado de R\$ 2.649.376.

Os dispositivos que oneraram maior custo no período analisado (Tabela 7) foram aqueles utilizados para tratamento de doenças respiratórias, com função de oxigenoterapia – concentrador de O₂ (R\$ 495.720) e cilindro de O₂ portátil (R\$ 464.520), seguidos pelos de ventilação mecânica não invasiva – CPAP (R\$ 407.808). Não apenas em virtude da maior quantidade requerida, mas também, devido ao seu preço elevado.

Durante a análise dos dispositivos pleiteados, dos 36 tipos de dispositivos requeridos judicialmente, sete pertencem às listas oficiais de equipamentos e insumos para dispensação pelo SUS. A solicitação por via judicial de tais itens padronizados ocorreu sob as alegações de que não encontram-se

disponíveis para dispensação nas unidades por falta no estoque ou por não ter sido iniciados os processos de licitação para compra do dispositivo procurado.

Tabela 7: Custo unitário de custo total dos dispositivos fisioterapêuticos e acessórios judicializados

Descrição	Tipo	Padronizado pelo SUS	Nº de Pedidos	Custo Unitário	Custo Total	Fonte
Concentrador O2	D	N	54	9.180,00	495.720,00	SIMPRO
Cilindro O2 Portátil	D	N	42	11.060,00	464.520,00	F
Cpap	D	N	64	6.372,00	407.808,00	SIMPRO
Tanque + Mochila O2 líquido	D	N	10	25.470,00	254.700,00	F
BIPAP	D	N	22	11.500,00	253.000,00	CG
Ventilador pediátrico	D	N	1	164.421,90	164.421,90	SIMPRO
Ventilador	D	N	1	164.421,90	164.421,90	SIMPRO
Cadeira de Rodas Motorizada	D	S	30	5.450,00	163.500,00	CG
NR	D	N	23	3.560,00	81.880,00	F
Nobreak	A	N	8	7.690,00	61.520,00	F
Cilindro O2	D	N	16	3.560,00	56.960,00	F
Cough-assist	D	N	1	19.899,95	19.899,95	F
Guincho de transferência	D	N	4	4.280,00	17.120,00	F
Bateria para BIPAP	A	N	3	5.444,00	16.332,00	F
Cadeira de Rodas	D	S	11	750,00	8.250,00	CG
Máscara Nasal	A	N	67	108,00	7.236,00	CG
Aspirador	D	N	8	361,77	2.894,16	F
Traqueia	A	N	8	264,00	2.112,00	SIMPRO
Estabilizador	D	N	2	729,60	1.459,20	F
Meia elástica Média compressão	D	N	9	116,00	1.044,00	CG
Cadeira de Rodas Monobloco	D	S	1	900,00	900,00	SIGTAP
Oxímetro	D	N	4	221,44	885,76	CG
Cadeira de Rodas infantil	D	S	1	729,99	729,99	CG
Fita Adesiva <i>Kinesiology Tape</i>	D	N	1	576,00	576,00	SIMPRO
Válvula reguladora de pressão	A	N	2	128,00	256,00	CG
Andador	D	S	2	127,47	254,94	CG
Nebulizador	D	N	3	64,80	194,40	SIMPRO
Máscara Oronasal	A	N	8	22,19	177,52	CG
Órtese túbio társica fixa	D	S	1	130,00	130,00	SIGTAP

Descrição	Tipo	Padronizado pelo SUS	Nº de Pedidos	Custo Unitário	Custo Total	Fonte
Circuito para VM	A	N	1	130,00	130,00	CG
Almofada de Assento	A	S	2	39,64	79,28	CG
Umidificador	A	N	7	9,50	66,50	CG
Macronebulizador	A	N	1	56,05	56,05	CG
Filtro	A	N	6	8,44	50,64	CG
Máscara com reservatório	A	N	1	30,07	30,07	CG
Cateter Nasal	A	N	26	1,14	29,64	CG
Tenda TQT	A	N	1	28,50	28,50	CG
Sonda de Aspiração	A	N	4	0,48	1,92	CG
Total			456		2.649.376,32	

NR = Não Relatado. Aplicados aos itens com função de oxigenoterapia em que não houve especificação, sendo apenas citada a descrição geral da função do dispositivo pleiteado, em documentos médicos acostados aos processos. Para esses casos utilizou-se o dispositivo de oxigenoterapia de menor custo, a saber, o concentrador de oxigênio. D = Dispositivo A = Acessório

6 Discussão

A intervenção do Poder Judiciário nas políticas concernentes à saúde não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. Existem relatos de interferência dos tribunais nas políticas públicas de quase todos os países das Américas. Países da União Européia também já foram submetidos a mudanças em suas políticas públicas de saúde em virtude da interferência promovida por seu sistema judiciário (48,49).

No Brasil, nos últimos anos, nota-se um aumento do número de processos ajuizados no que se refere à saúde bem como um aumento do número de decisões judiciais a favor do fornecimento, pelo poder público, das tecnologias pleiteadas (34-39, 49). De acordo com a Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, em um panorama das ações de saúde no âmbito da Justiça Federal, em 2009 houve recebimento em torno de 10.500 ações, enquanto que no ano de 2012 estas aumentaram para 13.000 aproximadamente (50). No presente trabalho, apesar do caráter de oscilação, foi observada a elevação do número de processos ajuizados conforme os meses de cada ano (Figura 1), o que corrobora o acima abordado.

Embora a judicialização da saúde seja considerada fenômeno recente, diversos estudos já foram realizados, em sua maioria, se tratando de medicamentos, nos âmbitos federal e estadual, principalmente na região Sudeste (51). No entanto, poucos estudos se referem ao custo da judicialização da saúde nos municípios (35,36,52-54). Quando se trata de estudos relativos às demandas judiciais na área de fisioterapia, nenhum foi encontrado, independente da esfera de governo. Tal fato demonstra a importância e o ineditismo do presente estudo.

Analisar o custo direto que tais ações representam para o município do Rio de Janeiro constitui, assim, um fato importante dada a finitude dos recursos e os crescentes pedidos por parte dos cidadãos a fim de garantir seu direito à saúde, conforme previsto pela CF.

Em uma perspectiva jurídica, é sabido que o paciente pode pleitear qualquer dispositivo ou serviço contra qualquer ente federativo, seja Município, Estado ou União (53). Autores afirmam que a CF, em seu artigo 23, inciso II, prevê a responsabilidade solidária, ou seja, quando se trata de saúde e assistência pública, todos os entes mencionados podem responder por qualquer

demanda judicial (53). Contrariamente, tem-se a descentralização da gestão, universalidade do acesso, integralidade de assistência, a regionalização e hierarquização dos serviços como alguns dos fundamentos do SUS, que indicam que cada ente federativo possui responsabilidades distintas, dispõe de previsão orçamentária e recursos financeiros específicos, de acordo o grau de complexidade estipulado para o desempenho de suas ações (32, 55).

Para o Ministério da Saúde, a integralidade de acesso aos bens e serviços, deve ser garantida por meio da priorização de ações como, por exemplo, tratamentos com eficácia e segurança comprovada, considerando os cenários epidemiológicos brasileiros (32). No entanto, tal prática parece não ser levada em consideração no momento da decisão judicial, uma vez que, o Poder Judiciário brasileiro tem interpretado esses conceitos de forma distinta à utilizada pelo referido Ministério, tomando apenas como base, o previsto na CF (56).

Com o processo de judicialização da saúde, o Município passa a ser o mais afetado uma vez que, de acordo com Ribeiro (56), além de ser o ente mais procurado por apresentar mais fácil acesso aos cidadãos que ingressam com as ações; no âmbito da gestão é o ente que realiza a concretização das políticas públicas. Um exemplo é o fato de que, dos 36 dispositivos de fisioterapia judicializados no período coletado, somente sete integram as listas oficiais para dispensação pelo SUS. Assim, o Município por muitas vezes é responsabilizado pelo cumprimento de determinações judiciais que não são de sua competência (36). Ainda que o Município receba repasses de outros entes federativos – Estado e União, seu grau de dependência destes encontra-se em constante elevação, o que pode ser entendido como um esgotamento da capacidade de expansão no que se refere às ações e serviços em saúde (26).

Nessa mesma perspectiva, Wang e colaboradores (53) defendem a ideia de que os entes devem dividir competências e cooperar uns com os outros, mas, “cooperação não significa corresponsabilização” (53). Assim, não seria indicado considerar que todos os entes federativos sejam responsáveis, da mesma forma, por todas as políticas públicas, seja para implementação de ações preventivas, seja pela assistência ou, ainda, para disponibilização de bens como no caso do presente estudo – os dispositivos de fisioterapia (53).

Deste modo, no momento em que o Poder Judiciário, por meio de suas decisões judiciais, trata a União, Estados e Municípios de maneira igualitária

no que tange as responsabilidades, organização e competências, acaba por penalizar em excesso os Municípios que, por regra, apresentam menor volume de recursos financeiros (36, 53, 57). Ademais, promove desequilíbrios na distribuição das competências, distribuição esta que, segundo Wang e colaboradores (53), é um fator importante para a adequada implementação de uma política pública.

Além disso, vale ressaltar que as referidas decisões judiciais acarretam, também, um possível descontrole financeiro por parte do gestor público uma vez que não possui uma previsão da demanda e de quanto será o real gasto com essas ações. Dessa forma, a falta de recursos para o cumprimento dos mandados judiciais ocasiona, a todo tempo, importante *trade-off* em relação à realocação de verbas destinadas a outras áreas da saúde, igualmente relevantes, comprometendo as políticas públicas já estabelecidas (53, 56).

Um possível motivo que contribui para a desorganização das políticas públicas, de acordo com Pereira (58), é que, ante ao acelerado desenvolvimento tecnológico dos fabricantes de artigos de saúde, ocorre uma demora na inclusão de novas tecnologias na lista do SUS, o que potencializa a utilização do Poder Judiciário como recurso para garantia do direito à saúde, impactando ainda mais o Ministério da Saúde e seu orçamento. No período de 2002 a 2009, os medicamentos incorporados à lista do SUS variaram em torno de 5% enquanto que os gastos com cumprimento de ações judiciais aumentaram em torno de 33 vezes no mesmo tempo. Tal informação corrobora a ideia de que se gasta muito mais com cumprimento de ações judiciais, quando melhor seria, investir em políticas para redução desses gastos (58).

Observa-se, em diferentes estudos (33, 43, 52, 59-61), elevados percentuais de deferimento, por parte do Poder Judiciário, em favor das causas dos pacientes. Em sua maioria, justificados pela garantia de condições mínimas de vida digna aos indivíduos, tendo em vista que o indeferimento da ação poderia colocar em risco a garantia do seu direito à saúde (33). Dos 243 processos analisados, com exceção dos que foram extintos e dos que estavam em andamento, houve concessão de tutela antecipada em todos os casos. A justificativa utilizada para o pedido da referida ferramenta jurídica foi a alegação de urgência em virtude da condição de saúde apresentada pelos autores das ações (pacientes). Uma vez deferido o pedido, os prazos para cumprimento da determinação judicial são demasiadamente curtos. Tais fatores podem explicar o

rápido crescimento do número de decisões judiciais favoráveis ao requerente e, o conseqüente aumento de gastos devido, entre outros motivos, à impossibilidade de realização de licitação para distribuição dos bens e serviços pleiteados (60, 62). Como conseqüência deste processo, muitas vezes não é possível garantir ao cidadão seu direito de acesso à saúde por falta de verbas (34).

Alguns autores defendem que, apesar de recentes avanços no Brasil, ainda persiste a desigualdade de acesso à Justiça (49, 53, 63). Eles sustentam a existência de assimetria de informações, na qual se difere conforme a existência de diferentes grupos sociais, apontando a ocorrência de um favorecimento daqueles que apresentam mais educação e informação acerca dos trâmites jurídicos; daqueles pertencentes a associações de pacientes; daqueles que possuem mais renda ou mais acesso ao financiamento e custeio de serviços de advogados. Devido ao cumprimento das ações judiciais movidas por esses grupos, ocorre um desvio de recursos destinados para o financiamento de ações de saúde prioritárias aos que detêm menos recursos, como promoção e prevenção da saúde, impactando negativamente em sua qualidade de vida (49).

Nesse sentido, Medici (49) defende a hipótese de que grupos de menor renda são os que menos ajuízam ações contra o SUS (49). Estudos realizados no estado e município de São Paulo (39, 60, 64, 65) bem como nos estados do Ceará (66) e Minas Gerais (67) corroboram a hipótese anteriormente mencionada. No presente trabalho, observou-se que em aproximadamente 80% dos casos de judicialização no município do Rio de Janeiro, houve busca por auxílio da Defensoria Pública, em todos, com alegação de hipossuficiência, o que se contrapõe ao argumento dos autores supracitados. Relatos de municípios como Leopoldina/MG (52) e Pelotas/RS (35) bem como estudos nos estados do Rio de Janeiro (59, 68) e no Distrito Federal (61, 69) também confirmam o demonstrado, no que tange à representatividade jurídica, no presente estudo.

Quando analisado o rendimento domiciliar mensal médio dos moradores desses bairros, conforme dados apresentados pelo Censo de 2010^{kk}, o rendimento é subdividido em dois tipos: o relativo a áreas formais e o referente

^{kk} Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

a aglomerados não formais. De acordo com definição do IBGE^{ll}, esse último se refere a um conjunto de unidades habitacionais carentes com ausência de título de propriedade, irregularidade das vias de circulação, do tamanho e forma dos lotes e com carência de serviços públicos essenciais (coleta de lixo, rede de esgoto e de água, energia elétrica, iluminação pública). As áreas formais compreendem os setores não localizados em aglomerados subnormais.

Ao observar o rendimento domiciliar mensal médio dos moradores de setores em áreas formais do bairro que mais judicializou no período estudado – Jacarepaguá, seu valor encontra-se similar à renda média do município do Rio de Janeiro. Tais valores podem ser considerados como intermediários quando comparados aos valores extremos mais elevados como os dos bairros Lagoa e Barra da Tijuca e menos elevados como os valores dos bairros Anchieta e Pavuna, por exemplo. No entanto, ao analisar o bairro da Tijuca – segundo bairro no qual houve mais ações ajuizadas, o valor do rendimento no referido setor praticamente dobra em relação ao bairro de Jacarepaguá. Porém, quando considerado o bairro de Santa Cruz – terceiro bairro que mais acionou o Poder Judiciário, a renda é reduzida a menos da metade do valor do bairro de Jacarepaguá.

Apesar da variação do rendimento desses bairros no setor em áreas formais, quando se avalia o indicativo relativo ao setor em aglomerado subnormal, todos os bairros do município Rio de Janeiro apresentam-se com valores bastante aproximados entre si e reduzidos em relação à média do município.

No que concerne às características dos autores das ações, foi verificado que 63,7% dos processos foram ajuizados por pacientes com idade acima de 60 anos no período analisado. Segundo o Censo de 2010^{kk}, 20,6 milhões de brasileiros apresentam idade acima dos 60 anos e, de acordo com a OMS, em 2050, essa população irá praticamente dobrar (70). O que pode, assim, indicar uma tendência de aumento de judicialização por parte desses pacientes. Tal fato demonstra o desafio, para o SUS, de intensificar a gestão de recursos tanto financeiros quanto humanos para ampliação e melhora do cuidado à

^{ll} Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

população em crescente envelhecimento e, conseqüentemente, demandante de mais recursos em saúde.

A condição clínica que ocasionou maior número de processos e, também, o maior valor gasto estimado, foram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de origem respiratória. Em relação às DCNTs que acometem indivíduos de faixa etária acima de 60 anos, as doenças respiratórias crônicas estão entre os principais tipos e são responsáveis por 4 milhões de mortes por ano no mundo (71). Segundo resultados apresentados em um estudo brasileiro sobre padrão epidemiológico, as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença, com porcentagem mais elevada que as doenças por causas infecciosas e por causas externas (23). Assim, tal como no mundo, surgem no Brasil demandas por tratamentos mais prolongados, com lenta recuperação e altos custos de intervenção.

Nessa linha de raciocínio, entre as diversas recomendações estabelecidas pelo Plano Plurianual referente ao período de 2012 a 2015, destaca-se que, para que sejam formuladas políticas que alcancem as necessidades da população com equidade e eficácia, estas devem ser realizadas por meio da caracterização do perfil de morbi-mortalidade de sua população associada à avaliação sociodemográfica (29). Assim, diante do aumento e efeitos das DCNTs, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, visando o desenvolvimento e implementação de políticas públicas focadas em cuidado integral, promoção da saúde e vigilância/monitoramento (30).

Em relação à judicialização dos itens, padronizados ou não, destaca-se a importância dos Núcleos Técnicos, em especial o NAT, que, por meio da análise detalhada dos pedidos médicos anexados aos processos, averigua as solicitações com intuito de não somente fornecer respaldo para as decisões dos magistrados, mas, também, reafirma as políticas públicas existentes, por meio da informação dos fluxos e pactuações estabelecidas (44-46).

O Núcleo acima citado atua analisando, em quase sua totalidade, processos nos quais os autores (pacientes) ajuízam de forma individual. Todos os processos analisados no presente trabalho foram ajuizados da referida forma. Autores afirmam que, dentre os estudos nos quais houve demandas com representação coletiva, estes não ultrapassam 10% dos casos (72). Isso

evidencia uma importante questão: o limite entre o acesso individual *versus* o acesso coletivo, por via judicial, aos bens e serviços pleiteados (56). São assim, estabelecidos diferentes pontos de vista: a judicialização assegura, segundo a CF, o acesso à saúde aos que a requerem individualmente, porém, esta forma de judicialização, segundo alguns autores, pode acometer a coletividade que não a reivindica judicialmente, aguardando a realização do que consta nas políticas públicas. Além disso, a judicialização cria grandes desafios aos gestores não somente em relação ao acesso desigual ao SUS, mas também, na realocação inesperada de recursos bem como a determinação da esfera pública responsável por prover o bem ou serviço requerido nos casos em que mais de um ente público é acionado numa mesma ação (34, 36, 40, 49, 72).

Sob a ótica do direito, o acesso de forma individual apresenta a polaridade do conflito, em que a “vitória” de um indivíduo resulta na “perda” do outro. Diferentemente do acesso de forma coletiva, no qual fornece a visão de perda ou ganho para todos, evidenciando a proporção de perda ou ganho de cada um (73). Barroso (74) defende que a priorização da tutela coletiva resultaria em uma melhor desempenho do Judiciário uma vez que levaria a um amplo exame dos cenários e, não, de condições individuais isoladamente (74). Carlini (62) aponta ainda que a verba gasta com decisões judiciais individualizadas poderia ser reduzida caso fossem implementadas políticas públicas a fim de conseguir resultados que alcancem a coletividade, e não somente aqueles que requerem por via judicial de forma individual.

Essa questão do acesso individual *versus* o coletivo tem ocorrido em diversos países do mundo, apresentado diferentes formas de atuação. Cabe citar como exemplo os países europeus, nos quais o direito coletivo prevalece sobre o individual. Assim, os bens e serviços que não integram suas listas públicas oficiais, não são concedidos pelo sistema público, nem mesmo por via judicial, uma vez que, caso fossem oferecidos, absorveriam mais recursos financeiros além dos previamente estabelecidos, implicando, como consequência, na falta a outros cidadãos (49, 56).

No Brasil, uma das alegações por parte do Judiciário para o não fornecimento de tecnologias pleiteadas, é pautado pelo princípio da Reserva do Possível, cuja origem, segundo Ribeiro e colaboradores (56), ocorreu por meio das determinações judiciais da Corte Constitucional Federal Alemã, na qual

defendia que as limitações orçamentárias poderiam comprometer a efetivação dos direitos dos cidadãos (56). A ideia do referido princípio discorre em relação ao fato de que os elevados custos para atendimento das determinações judiciais somente com pequenos grupos, ocasionam a desconsideração da maioria – a coletividade. Assim, dada a falta de recursos disponíveis para custeio integral da saúde a todos os seus usuários, o Estado passa a ter ação reduzida, devendo deste modo, estabelecer parâmetros e critérios para a prestação da saúde, e, assim, alocar sua verba para uma melhor gestão dos recursos disponíveis (74, 75). Castro (34) ressalta ainda que o princípio da reserva do possível “não é algo limitador da integridade do paciente, mas uma oportunidade de otimizar a despesa pública”.

No entanto, ao contrário ao que ocorre nos países europeus, caso a tecnologia não pertencente às listas oficiais de dispensação seja pleiteada por via judicial, não existe um critério prévio que impeça a sua concessão, nem mesmo caso a tecnologia pleiteada não possua registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tal fato contraria a Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976 que versa, em seu artigo 12º, que “nenhum dos produtos de que trata esta lei, inclusive importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado”. Portanto, além de estimular ainda mais a desconsideração da coletividade em detrimento do individual, desconsidera também a legislação vigente, promove a disseminação do uso de tecnologias sem comprovação de segurança e eficácia, além de promover a elevação de gastos não previstos.

Em uma tentativa de impedir o deferimento, por parte do Poder Judiciário, de tecnologias sem análise e registro pelo referido órgão de controle sanitário, foi publicado o informativo número 826, de 16 a 20 de maio de 2016, emitido pelo do Supremo Tribunal Federal^{mmm} que, embora ainda não publicado em Diário da Justiça, dá início a uma nova fase no enfrentamento do fenômeno da judicialização. O informativo recomenda que não se pode fornecer uma tecnologia em saúde sem prévia análise pelo órgão regulamentador, uma vez que “o registro é condição para o monitoramento da segurança, eficácia e qualidade terapêutica do produto”.

^{mmm} Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo.htm>>. Acesso em: 13 de junho de 2016.

Observa-se que dos 36 tipos de dispositivos pleiteados nos processos analisados no presente trabalho, todos apresentam registro no referido órgão regulatório. A consulta foi realizada de forma ampla, sem especificar a marca do produto, mas, sim, levando em consideração sua função geral, uma vez que nos processos judiciais analisados, poucos foram os que especificaram marca ou modelo dos dispositivos pleiteados.

Diante das inúmeras questões abordadas, alguns entes públicos já se mobilizaram, por meio de ações criadas, como: (i) NAT em virtude na Recomendação nº 31 do CNJ e (ii) projeto para prestação de serviços de oxigenoterapia, criado pela secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro, a fim de atender as demandas judiciais. Tais ações configuram instrumentos não somente para atenuar os efeitos nocivos da judicialização da saúde, como estabelecer mecanismos que permitam a ampliação do acesso dos cidadãos ao seu direito à saúde.

Assim, a avaliação do custo com o do cumprimento dessas ações judiciais apresenta-se útil nesse aspecto, frente ao agravamento da crise do financiamento da saúde. A referida avaliação pode funcionar de forma complementar as Leis Orçamentárias Anuais, por meio da previsão de orçamento de um determinado período, mediante a projeção de gastos acarretados ao sistema de saúde, para uma dada população e, conseqüentemente, estimular a utilização da verba pública de maneira racional e eficiente, ajudando na manutenção do compromisso fiscal.

A dimensão do custo de aproximadamente R\$ 2,6 milhões para o cumprimento de mandados judiciais em virtude da judicialização dos dispositivos de fisioterapia no município do Rio de Janeiro em 29 meses pode ser percebida uma vez que o referido valor estimado refere-se a 243 processos ajuizados de forma individual, atendendo, apenas 221 pessoas (excetuando-se os extintos e os que se encontram em andamento – que totalizam 22 processos individuais). Isto ocasiona um gasto *per capita* de R\$ 11.988 no período coletado. Tais valores também se apresentam bastante relevantes quando comparados com dados do SIOPSⁿⁿ referentes ao município do Rio de Janeiro, no qual apontam que o

ⁿⁿ Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>>.

somatório da despesa total média *per capita*, referente aos anos de 2013 a 2015, é de R\$ 1.061.

De acordo com informações do Portal da Saúde/SUS^{oo}, desde 2010, houve um aumento de mais de 500% no gasto com cumprimento de ações judiciais nas quais houve solicitação de medicamentos, dispositivos, insumos, procedimentos e depósitos judiciais, totalizando mais de R\$ 2,1 bilhões de reais.

Conforme informações do CNJ^{pp}, houve um gasto de R\$ 71 milhões para atendimento de cerca de 39 mil pessoas, somente no mês de setembro de 2014, o que correspondeu a 1,5% do orçamento da saúde no Estado – R\$ 4,5 bilhões.

Em um estudo realizado pelo CNJ, relativo ao ano de 2011 e 2012, foram selecionados seis tribunais dos estados brasileiros (São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Acre) conforme seu porte – pequeno, médio ou grande, no qual foram classificados em *escores* que consideraram algumas características como a despesa total da Justiça; despesas com os processos em tramitação; com os magistrados e os servidores, inclusive estagiários e terceirizados; com o número de servidores da área judiciária entre outros. Neste estudo constatou-se que a despesa global, no âmbito público e suplementar, incluindo gastos com recursos humanos, infraestrutura, prestação de serviços entre outros, apresentou-se em torno de R\$ 26 bilhões em 2011 passando para aproximadamente R\$ 31 bilhões em 2012 (76).

Diante do exposto, embora alguns atores da saúde e membros do Poder Judiciário tenham conhecimento de que a dotação orçamentária precisa ser respeitada, a maioria ainda possui a ideia de que a saúde deve sempre se sobrepôr ao orçamento e suas regras. Assim, evidencia-se que a questão da judicialização da saúde e o comprometimento de seu orçamento ainda estão incipientes no que tange à sua resolução. Ressalta-se ainda que o direito à saúde depende diretamente, entre outros fatores, do orçamento para sua concretização. Portanto, faz-se necessário maior ciência e fundamentação por parte do Poder Judiciário na problemática do fenômeno da judicialização da saúde a fim de

^{oo} Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20195-em-cinco-anos-mais-de-r-2-1-bilhoes-foram-gastos-com-acoes-judiciais>>. Acesso em: 14 de junho de 2016.

^{pp} Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80770-rj-cria-estrutura-propria-para-atender-casos-de-saude-que-chegam-a-justica>>. Acesso em: 14 de junho de 2016.

equilibrar e proporcionalizar suas decisões. O presente estudo contribui para essa fundamentação ao utilizar metodologia reprodutível capaz de gerar informações baseadas em demandas atuais, que refletem a realidade do município do Rio de Janeiro. Todavia, algumas limitações devem ser levadas em consideração. Em alguns dos processos coletados no período estipulado, as informações médicas acerca da doença que acometeu os autores das ações bem como as informações sobre os dispositivos pleiteados foram restritas, tornando-se necessário arbitrar algumas opções. Da mesma forma, também optou-se por arbitrar alguns itens presentes nas listas de preço que diferiam em suas descrições, como exemplo as cores, tamanhos, modelos e materiais dos dispositivos.

O estudo se limitou a avaliar o custo direto das ações judiciais requisitantes de dispositivos fisioterapêuticos por meio de utilização de fontes públicas e privadas de precificação. Não foi possível identificar mais de uma fonte de preço para determinados equipamentos, inviabilizando, conseqüentemente, a realização de média de preços de tais itens.

Por fim, no presente trabalho foram apresentados além do perfil da judicialização de dispositivos fisioterapêuticos e seu custo direto no município do Rio de Janeiro, alguns aspectos referentes ao fenômeno da judicialização da saúde. Entre os positivamente mais evidentes, estão a afirmação do direito à saúde; o apontamento das fragilidades das políticas públicas; a otimização dos mecanismos de assistência aos interesses da população, considerando as mudanças epidemiológicas observadas, fazendo com que a demanda dos usuários determine a adequação dos serviços oferecidos. Por outro lado, negativamente, tem-se a capacidade reduzida, por parte do governo, de lidar com a imprevisibilidade dos gastos ordenados por via judicial, dado que os recursos disponíveis são reduzidos e, muitas vezes, ocorre o remanejamento de verbas destinadas a outros setores da saúde para o cumprimento dessas ações; a conseqüente busca por soluções de demandas judiciais individuais quando se tratam de questões coletivas; a desorganização das funções que competem a cada ente federativo em virtude das designações judiciais por vezes inadequadas quando analisadas no contexto dos princípios do SUS.

Destaca-se, ainda, a importância do estudo econômico no âmbito da saúde pública, dado que o direito à saúde depende diretamente do orçamento para sua materialização. Por meio de estudos financeiros como mapeamento de

gastos, estudos de impacto orçamentário entre outros, é permitida a aproximação do equilíbrio em relação às decisões do Judiciário e, como consequência, do uso proporcional dos recursos públicos, conferindo racionalidade e viabilidade a todo o SUS.

7 Considerações Finais

Os achados do presente estudo demonstram que houve, majoritariamente, busca pela Defensoria Pública por parte do demandante judicial de tecnologias de saúde. Como principais características estão a idade acima de 60 anos, ser portador de doença respiratória crônica e, conseqüentemente, requerer dispositivos de fisioterapia respiratória para tratamento de tais condições.

Estimou-se com a compra dos dispositivos pleiteados, para fins de cumprimento dos mandados judiciais emitidos, um gasto em torno de R\$ 2.6 milhões no período analisado, o que caracteriza um elevado impacto no orçamento do município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, ressalta-se que o custo da judicialização dos dispositivos fisioterapêuticos no município do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2015 foi quase dez vezes maior que o gasto médio *per capita* do Sistema de Saúde no mesmo período. Tal informação torna-se bastante relevante quando se considera que o estudo levantou apenas os gastos diretos, desconsiderando os custos do próprio processo judicial e as perdas intangíveis relacionadas ao paciente.

O estudo contribui também para a área da Fisioterapia por ser uma avaliação inédita. Cabe ainda mencionar que, o presente trabalho não apresentou como objetivo o esgotamento da discussão acerca do perfil da judicialização de dispositivos na área de fisioterapia e seu custo no município do Rio de Janeiro, mas, sim, acrescentar positivamente ao seu debate.

Diante da diversidade e complexidade do assunto, sugerem-se novos e constantes estudos a respeito do tema, inclusive por meio da replicação para outras áreas de atuação no âmbito da saúde, a fim de que sejam estabelecidas melhorias em prol funcionamento do SUS e, conseqüentemente, de sua população usuária.

8 Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. WHO definition of Health. International Health Conference. Nova Iorque: 19-22 Junho, 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>.
2. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997;31(5):538-42.
3. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Rev Bras Epidemiol 2000;3(1-3):4-20.
4. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia ocupacional. Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.
5. Freitas MS. A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Medicina Social da UERJ; 2006.
6. Brusco NK, Taylor NF, Watts JJ, Shields N. Economic Evaluation of Adult Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials in a Variety of Settings 2014. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [Internet]. 2014;95(1):94-116. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23562414>>.
7. Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Brasil). Resolução nº 08 de 20 de Fevereiro de 1978. Aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 661 de 2 de dezembro de 2010. Atualiza os atributos dos procedimentos, da tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS.
9. Goodman CS. HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment. Bethesda, MD: National Library of Medicine (US); 2014. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/HTA_101_FINAL_7-23-14.pdf>.
10. Langer D, Probst V, Pitta F, Burtin C, Hendriks E, Schans C, et al. Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com Doença Obstrutiva Crônica (DPOC). Rev Bras Fisioter 2009;13(3): 183-204.

11. Moran F, Bradley JM, Piper AJ. Non-invasive ventilation for cystic fibrosis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(4).
12. Jerre G, Silva TdJ, Beraldo MA, Gastaldi A, Kondo C, Leme F, et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. J Bras Pneumol 2007;33:142-50.
13. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). J. Pneumologia [Internet]. 2000;26(6):341-350. [acesso em 26 mar 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011&lng=en>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: 2013. p. 106.
15. Schettino GPP, Reis MAS, Galas F, Park M, Franca S, Okamoto V. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. J Bras Pneumol [Internet]. 2007;33(Suppl 2):92-105. [acesso em 26 mar 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000800004&lng=en>.
16. Silva GA, Pachito DV. Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono tratamento com ventilação não-invasiva (cpap, bipap e auto-cpap). Medicina 2006;39(2):212-17.
17. Drummond M, Griffin A, Tarricone R. Economic evaluation for devices and drugs – same or different? Value in health 2009;12(4):402-4. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4733.2008.00476_1.x/epdf>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas-satélite de saúde: Brasil: 2010-2013 [Internet]. IBGE 2015. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 2013. p. 96.
20. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Panorama setorial: equipamentos médicos, hospitalares e

odontológicos. Brasília: Agencia Brasileira de Desenvolvimento Industrial, 2008. 256 p.

21. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Suppl 2):1627-36.

22. Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam Salud Públ* 2011;30:469-76.

23. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9:897-908.

24. Castro MHL. A utilização de novas tecnologias e o aumento de custos com a atenção a saúde: uma análise dos países desenvolvidos. Associação Brasileira de Economia da Saúde [Internet]. 2003;1-7. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/trabalhos/utilizacao-de-novas-tecnologias-e-o-aumento-de-custos-com-atencao-saude-uma-analise-dos>>.

25. Pelegrini MLM. Metodologias Equitativas para financiamento do setor saúde [Internet]. 2003; 13p. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/trabalhos/metodologia-equitativas-para-financiamento-do-setor-saude.html>>.

26. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 126 p.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos. Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiadas por recursos próprios e com proporção do PIB. Brasília: Ministério da Saúde 2012. 22 p.

28. Organização Mundial de Saúde. Final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage. Genebra: WHO; 2014. [acesso em 28 mar 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/>.

29. Brasil. Lei nº 6.126 de 28 de Dezembro de 2011. Estabelece o Plano PluriAnual do estado do Rio de Janeiro PPA/RJ para o período de 2010-2015.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011. 160 p.
31. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1998.
32. Brasil. Presidência da República. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
33. Marques ORA, Melo MB, Santos APS. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal na região Sudeste. *Rev Dir Sanit* 2011;12(1):41-66.
34. Castro SHR. Impacto deslocativo no orçamento público estadual em face de decisões judiciais. [Monografia]. Belo Horizonte; 2011.
35. Massaú GC, Bairy AK. O impacto da judicialização da saúde na comarca de Pelotas. *Rev Dir Sanit* 2014;15(2):46-65.
36. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev de Adm Pública* 2014;48:1191-206.
37. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14:829-39.
38. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Rev Jur UNIJUS* 2008;11(15):13-38. Disponível em: <http://www.uniube.br/publicacoes/unijus/arquivos/unijus_15.pdf>.
39. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41:214-22.
40. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21:525-34.

41. Barbosa MR, Santos RCB. A judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil e seu impacto sobre o orçamento público: o exemplo do estado de Minas Gerais. *Rev Científica Semana Acadêmica* 2014;1:1-21.
42. Machado LR, Resende ALR, Saturnino LTM. Medicamentos especializados na judicialização da saúde: uma análise das demandas judiciais no Estado de Minas Gerais. In: *Direito Sanitário: saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: Aith F, Saturnino LTM, Diniz MGA, Monteiro TC. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2010. 464 p.
43. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis* 2010;20:77-100.
44. Ferreira SL, Costa AM. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? *Rev SJRJ* 2013;20(36):219-40.
45. Castro KRTR. Os juízes diante da judicialização da saúde. O NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Poder Judiciário]. Fundação Getúlio Vargas; 2012.
46. Silva MV. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
47. Martins, E. *Contabilidade de Custos*. São Paulo: Atlas; 2003. 198p.
48. Tate CN, Vallinder T. *The global expansion of judicial power*. New York: New York University Press; 1995. [acesso em 06 fev 2016]. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=5mkTCgAAQBAJ&pg=PR4&lpg=PR4&dq=The+global+expansion+of+judicial+power.+New+York,+London:+New+York+University+Press,+1995&source=bl&ots=mOeVQXCuQI&sig=8THFRtUrVrLWaVNF38DyVVvFW4&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjdmZaOzfPKAhVFFJAKHV2aCooQ6AEILzAE#v=onepage&q=The%20global%20expansion%20of%20judicial%20power.%20New%20York%20London%3A%20New%20York%20University%20Press%2C%201995&f=false>>.

49. Medici AC. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. *Diagn Tratamento* 2010;15(2):81-7. [acesso 17 mar 2016]. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a81-87.pdf>>.
50. Brasil. Advocacia Geral da União. *Intervenção Judicial na saúde pública. Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. Consultoria Jurídica Ministério da Saúde; 2011.
51. Torres IDC. *Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática*. Salvador. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Coletiva]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA; 2013.
52. Oliveira RG. *Judicialização do direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG: Um estudo de caso*. Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF; 2014.
53. Wang DWL, Pires N, Oliveira VE, Terrazas F. *Os impactos da judicialização da saúde no orçamento público da saúde: o caso do município de São Paulo*. Associação Brasileira de Economia da Saúde [Internet] 2012. [acesso em 27 mar 2016]. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/trabalhos/impactos-da-judicializacao-da-saude-no-orcamento-publico-o-caso-do-municipio-de-sao-paulo>>.
54. Junior PBR. *A judicialização do acesso a medicamentos – a perspectiva da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Administração Pública]. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da FGV; 2008.
55. Brasil. Presidência da República. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências*.
56. Ribeiro JS, Moritz GO, Sabino MMFL. *Judicialização da Saúde: direitos coletivos versus direitos individuais*. In: *Coleção da gestão da Saúde Pública. Contribuições para a Gestão do SUS*. Florianópolis: Editora Fundação Boiteux;

2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/06/Anais-GSP-Volume-4-COMPLETO.pdf>>.
57. Oliveira VE, Holds LN. Judiciary-Executive Relations in Policy Making: the case of drug distribution in the State of São Paulo. BPSR 2011; 5(2):10-38. [acesso em 13 mar 2016]. Disponível em: <<http://www.bpsr.org.br/index.php/bpsr/article/view/133>>.
58. Pereira DS. O orçamento público e o processo de judicialização da saúde. Brasília. Monografia [Especialização em Orçamento Público]. Controladoria Geral da União; 2010.
59. Pepe VLE, Ventura M, Sant'ana JMB, Figueiredo TA, Souza VRd, Simas L, et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2010;26:461-71.
60. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007;41:101-7.
61. Penalva J. Judicialização do direito à saúde: o caso do Distrito Federal. Belo Horizonte; 2010/2011. [acesso em 23 mar 2016]. Disponível em: <http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/files/livro_judicializacao_do_direito_a_saude_-_saida.pdf>.
62. Carlini AL. A judicialização da saúde no Brasil e a participação política na construção de orçamentos. XIX Encontro Nacional do CONPEDI; Fortaleza; 2010.
63. Nunes LG. A judicialização da saúde no Brasil: tentativas para reduzir (conter) o fenômeno. Rev CAAP 2009;2:313-37. [acesso em 11 abr 2016]. Disponível em: <<http://www2.direito.ufmg.br/revistadoacaap/index.php/revista/article/view/67>>.
64. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad Saúde Pública 2009;25(8):1839-49.
65. Cabral I, Rezende LF. Análise das ações individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. Rev Dir Sanit 2015;16(1):59-67.
66. Nunes CFO. Judicialização do direito à saúde no estado do Ceará: cenários e desafios. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Departamento de Saúde Comunitária da UFC; 2014.

67. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):590-98.
68. Sant'Ana JMB. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
69. Delduque MC, Marques SB. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. *Rev Tempus* 2011;5(4):97-106. [acesso em 20 mar 2016]. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1060>>.
70. Organização Mundial da saúde. Ageing and health. Genebra: WHO; 2015. [acesso em 28 mar 2016]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>>.
71. Organização Mundial da saúde. Noncommunicable diseases. Genebra: WHO; 2015. [acesso em 28 mar 2016]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>.
72. Coelho TL. A judicialização de medicamentos e o sentido corretivo da atuação judicial: o judiciário e a consolidação da política de assistência farmacêutica no Brasil. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG; 2013.
73. Santos A. Caderno mídia e saúde pública: comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2007. [acesso em 19 mar de 2016]. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-midia-e-saude-publica-2.pdf>>.
74. Barroso LR. Constituição, democracia e supremacia judicial: Direito e política no Brasil contemporâneo. *RFD* 2012; 2(21):1-39. [acesso em 19 mar de 2016]. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/1794/2297>>.
75. Mazza FF, Mendes ÁN. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. *Rev Dir Sanit* 2014;14(3):42-65.
76. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da Saúde no Brasil. Dados e experiências. Brasília: 2015. 142 p.

APÊNDICE I

Formulário de extração Microsoft Excel

Nº do Processo / Nº do Parecer Técnico do NAT	
Dados do Autor	
Data Nascimento	Mês/Ano
Idoso/ Não Idoso	Acima 60 anos / Abaixo 60 anos
Gênero	Masculino / Feminino
Declaração de Hipossuficiência	Sim / Não
Bairro	
Região	
SubRegião	
Dados Processuais	
Origem	Vara de Fazenda Pública / Juizado Especial Fazendário
Data de entrada do Processo	Dia / Mês / Ano
Representação Jurídica	Defensoria Pública / Advogado Particular
Dados Clínicos do Autor	
CID-10	Até dois dígitos
Patologia	
Classificação da Doença	
Dados do Dispositivo	
Função Geral	
Descrição	
Quantidade ou Posologia	
Acessório	
Quantidade ou Posologia	
Tempo	
Dados do Parecer Técnico do NAT	
Decisão Técnica	Indicado / Contra-indicado
Dados da Decisão Judicial	
Pleito do Autor	Deferido / Indeferido
Decisão Técnica NAT	Acatada / Não Acatada
Data Decisão Judicial	Dia / Mês / Ano

APÊNDICE II

Itens arbitrados conforme características específicas como: cor, gênero, tamanho e material.

Compras Governamentais		
Item	Descrição	Código
Meia elástica Média compressão	Meia, tipo média compressão, modelo modelo 3/4, material elastano, tamanho tamanho médio adulto, padrão masculino	280146
Máscara Nasal Adulto	Máscara ventilação, material silicone com gel, tipo facial, indicação adulto, aplicação bipap, características adicionais fixador nasal/facial	357073
Máscara Oronasal	Máscara ventilação, material borracha, tipo facial, tipo base c/ reservatório, indicação adulto, características adicionais bordas acolchoadas,fixador em velcro	395891
Máscara com reservatório	Máscara ventilação, material borracha, tipo facial, tipo base c/ reservatório, indicação adulto, características adicionais bordas acolchoadas,fixador em velcro	282708
Tenda TQT (infantil)	Máscara, tipo traqueostomia, tipo uso descartável, tipo fixação c/ presilha elástica, aplicação p/ oxigenoterapia, características adicionais silicone atóxico, formato infantil	282023
Circuito	Traquéia, composição circuito extensível, tipo corrugada, material pvc, características adicionais em y, c/ Joelho c/entrada para linha de co2, tamanho pediátrico, tipo uso descartável	276944
Sonda de Aspiração (Adulto)	Cateter aspiração traqueal, material PVC atóxico flexível, tipo uso descartável, características adicionais ponta atraumática, orifícios distais lateralizados, tipo embalagem estéril, embalagem individual, espessura nº 10	279765
SIGTAP		
Órtese suropodálica (infantil)	Órtese suropodálica, unilateral, infantil e adolescente, tipo calha posterior em polipropileno, sem articulação, com ou sem correia antivalgo ou antivaro no retrope.	07.01.02.023-7
SIMPRO		
Fita Adesiva <i>Kinesiology Tape</i>	Bandagem elástica adesiva Kinesio 100% algodão/s/latex/ 5cmx5m bege p/ reabilitação 6unid gkt15024	179102

APÊNDICE III
Dispositivos Precificados conforme Compras Governamentais

Item	Descrição	Código	1º Pregão (R\$)	2º Pregão (R\$)	3º Pregão (R\$)	4º Pregão (R\$)	5º Pregão (R\$)	6º Pregão (R\$)	Média Ponderada
Cadeira de rodas adulto	Cadeira de rodas, tipo funcionamento manual, tipo construtivo dobrável, material estrutura aço inoxidável, acabamento estrutura pintura epóxi, tipo uso locomoção, tamanho adulto, tipo encosto encosto removível, apoio braço apoio braços escamoteáveis, acabamento do encosto e assento courvin ou napa, tipo de pneu pneus dianteiros giratórios maciços 8', tipo pneu traseiro traseiro fixo 24', tipo freio freio bilaterais, apoio pés apoio pés regulável, capacidade máxima até 120	400790	750,00						
Cadeira de rodas infantil	Cadeira de rodas, tipo funcionamento manual, tipo construtivo dobrável em x, material estrutura ferro, acabamento estrutura pintura poliuretana, tipo uso locomoção, tamanho infantil, tipo encosto encosto removível, apoio braço apoio braços fixos, acabamento do encosto e assento courvin ou napa, tipo de pneu pneus dianteiros giratórios maciços 8', tipo pneu traseiro traseiro fixo 24', tipo freio freio bilateral, apoio pés apoio pés regulável	416043	729,99						
Cadeira de Rodas Motorizada	Cadeira de rodas, tipo funcionamento motorizada, tipo construtivo dobrável, material estrutura aço inoxidável, acabamento estrutura pintura epóxi, tipo uso locomoção, tamanho adulto, tipo encosto encosto reclinável, acabamento do encosto e assento espuma de alta densidade, tipo de pneu pneus dianteiros maciços, tipo pneu traseiro traseiro inflável, apoio pés apoio pés regulável, características adicionais acolchoado e anatômico, características adicionais 01 computadorizado com controle e buzina, acessórios cinto de segurança	400805	5450,00						
Andador	Andador ortopédico, material alumínio anodizado, tipo construtivo dupla barra sustentação, tipo pés pés com ponteiros poliuretano, altura altura regulável, aplicação adulto	329389	99,20	148,00	106,72				127,47
Meia elástica Média compressão	Meia, tipo média compressão, modelo modelo 3/4, material elastano, tamanho tamanho médio adulto, padrão masculino	280146	116,00						
Máscara Nasal Adulto	Máscara ventilação, material silicone com gel, tipo facial, indicação adulto, aplicação bipap, características adicionais fixador nasal/facial	357073	108,00						
Máscara Oronasal	Máscara ventilação, material silicone, tipo facial, aplicação ventilação não invasiva, características adicionais coxim ajustável, fixador cefálico, com garras, tamanho adulto médio	395891	54,00	22,00					22,19

Item	Descrição	Código	1º Pregão (R\$)	2º Pregão (R\$)	3º Pregão (R\$)	4º Pregão (R\$)	5º Pregão (R\$)	6º Pregão (R\$)	Média Ponderada
Máscara com reservatório	Máscara ventilação, material borracha, tipo facial, tipo base c/ reservatório, indicação adulto, características adicionais bordas acolchoadas, fixador em velcro	282708	38,00	16,86					30,07
Cateter Nasal	Cateter oxigenoterapia, material tubo plástico atóxico, tipo flexível, ponta arredondada, tipo óculos, tipo uso descartável, esterilidade estéril, características adicionais embalagem individual, tipo adaptador c/ adaptador para tubo de látex	281420	1,32	0,82					1,14
Tenda TQT (infantil)	Máscara, tipo traqueostomia, tipo uso descartável, tipo fixação c/ presilha elástica, aplicação p/ oxigenoterapia, características adicionais silicone atóxico, formato infantil	282023	28,5						
BIPAP	Respirador bipap, tipo eletrônico portátil, pressão pressão de terapia até 30cm h2o, adicionais assistido controlado, p/ ventilação não invasiva, ajuste rampa ventilação até 45min, acessórios c/ tubo circuito e filtros, outros componentes modos cpap, espontâneo, controle de pressão	407630	11.500,00						
Oxímetro	Oxímetro digital, nome oxímetro digital	150685	1949,99	200,00	270,00				865,00
Almofada	Almofada, tipo para assento de cadeira de rodas, material de gel, modelo com encosto	278326	39,64						
Sonda de Aspiração (Adulto)	Cateter aspiração traqueal, material PVC atóxico flexível, tipo uso descartável, características adicionais ponta atraumática, orifícios distais lateralizados, tipo embalagem individual, espessura nº 10	279765	0,42	0,49	0,48	0,44	0,52	0,50	0,48
Circuito	Traquéia, composição circuito extensível, tipo corrugada, material pvc, características adicionais em y, c/ joelho c/ entrada para linha de co2, tamanho pediátrico, tipo uso descartável	276944	130,00						
Filtro	Filtro ventilação mecânica, esterilidade estéril, aplicação auto umidificador, p/ circuito de respirador mec., características adicionais espaço morto padrão p/ tamanho adulto, tipo higroscópico, bacteriostático, bacteriano/viral, acessórios tubo flexível, tipo embalagem embalagem individual em papel grau cirúrgico/filme, tipo uso descartável	302674	8,10	11,30					8,44
Umidificador	Umidificador, material polipropileno, capacidade 250, características adicionais c/ bico latão, copo padrão abnt, tampa acopladora, aplicação oxigênio	308724	9,50						
Macronebulizador	Macronebulizador, material copo acrílico, capacidade 500, tipo tampa tampa em plástico injetado alta resistência, tipo tubo traquéia em pvc flexível, autoclavável, comprimento tubo 1,30, acessórios máscara facial, adicionais conexão metal com rosca	295033	56,05						
Válvula reguladora de pressão	Válvula reguladora cilindro gás, tipo fechamento manual, componentes manômetro e fluxometro, tipo rosca para oxigênio	389770	128,00						

APÊNDICE IV

Dispositivos Precificados conforme SIGTAP

SIGTAP			
Dispositivo	Código	Descrição	Preço
Cadeira de Rodas Monobloco	07.01.01.020-7	Cadeira de rodas confeccionada sob medida, em tubos de alumínio, cromado ou com pintura eletrostática, dobrável em I ou fixa, braços removíveis ou escamoteáveis, podendo não ter apoio de braços, eixo de remoção rápida nas quatro rodas, encosto e assento com estofamento 100% nylon ou couro sintético resistente, com almofada de assento em espuma de alta densidade de no mínimo 5 cm de espessura, forrada com mesmo tecido e velcro para fixação, com ou sem faixa torácica (5 -7 cm), com ou sem cinto pélvico; com ou sem faixa para panturrilha, protetor lateral de roupa rebatível com aba ou tipo paralamas, rodas traseiras de 24" com sobrearo de propulsão com ou sem pinos, pneus traseiros maciços ou infláveis, freio bilateral, rodas dianteiras removíveis de 5" ou 6" com pneus maciços ou infláveis com rolamentos blindados nos eixos; com ou sem rodas anti tombo; apoio para pés ergonômico rebatível ou fixo, com altura e ângulo de inclinação ajustável. quick release obrigatório nas rodas traseiras e opcionais nas dianteiras. cambagem opcional. as dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.	900,00
Órtese suropodálica (infantil)	07.01.02.023-7	Órtese suropodálica, unilateral, infantil e adolescente, tipo calha posterior em polipropileno, sem articulacao, com ou sem correia antivalgo ou antivaro no retrope.	130,00

APÊNDICE V

Dispositivos Precificados conforme Revista SIMPRO Hospitalar

Revista SIMPRO Hospitalar						
Dispositivo	Código	Descrição	Empresa	Preço Fábrica (R\$)	IPI	Preço Total (R\$)
CPAP	253751	Cpapa S9 escape 36092	Lumiar	5900,00	0,08	6372,00
Ventilador Mecânico Invasivo Adulto	176898	Ventilador vs III vs 3014875	Jg Moriya	152.242,50	0,08	164421,90
Ventilador Mecânico Invasivo Pediátrico	176898	Ventilador vs III vs 3014875	Jg Moriya	152.242,50	0,08	164421,90
Nebulizador	253441	Micronebulizador 6mL com máscara adulto lumiar nb- 31112	Lumiar	60,00	0,08	64,80
Fita Adesiva <i>Kinesiology Tape</i>	179102	Bandagem elástica adesiva Kinesio 100% algodão/s/latex/ 5cmx5m bege p/ reabilitação 6unid gkt15024	Politec	576,00	NR	576,00
Traquéia (para VNI)	159669	Circuito p/ bipap cbipap	Impacto	264,00	NR	264,00
Concentrador O2	253515	Concentrador O2 devilbiss 525 plus 5lpm 110v 525ds	Lumiar	9000,00	0,02	9180,00

APÊNDICE VI
Dispositivos Precificados conforme fornecedores Médico-Hospitales

Fornecedores Equipamentos Médico-Hospitales			
Dispositivo	Descrição	Endereço eletrônico	Preço (R\$)
Aspirador	Aspirador De Secreção Portátil para clínicas Aspiramax Ns	http://www.shopfisio.com.br/aspirador-de-secrecao-portatil-para-clinicas-aspiramax-ns-p1061040?gclid=CO6qey8mcwCFRUFkQodAbkPAw	361,77
<i>Cough-Assist</i>	Comfort Cough Auxiliar para Tosse	http://www.lumiarsaude.com.br/o-xigenoterapia/auxiliar-para-tosse	19899,95
Guincho de Tranferência	Desmontável ou dobrável. Acompanha carregador inteligente bivolt; Bolsa de transferência: entrelaçado em fios de nylon revestidos em poliuretano com malha de pequeno diâmetro; Tolerância de peso: 120 kg; Peso do produto: 24 kg; Curso aproveitável de elevação de 20 cm.	https://www.cavenaghi.com.br/produto/1827909/multi-lift-guincho-de-transferencia?gclid=CKXj1bW7mcwCFRcHkQodIVMHog	4280,00
Estabilizador	Estrutura em aço com pintura epóxi; Encosto fixo espumado com densidade 33; Mesa de atividades com regulagem de altura e profundidade; Bloqueador de joelhos com regulagem de altura e largura; Anti tombos traseiros; 4 rodízios sendo 2 com travas; Apoio de cabeça e faixas de quadril e tronco possuem regulagem de altura; Tampo de mesa em MDF com recorte e anteparo para objetos. Altura do encosto espumado: 1,30m Largura da espuma: 41cm	http://www.marcamedica.com.br/estabilizador-vertical-parapodium-mesa-ortostatica	729,60
Bateria para BIPAP	Bateria portátil para BIPAP	http://www.lumiarsaude.com.br/acesorios/bateria	5444,00
Nobreak	Nobreak	http://www.vitalaire.com.br/pt_BR/ventilacao-domiciliar/produtos-1.html	7690,00
Sistema Freelox® (Oxigênio líquido)	Oxigênio líquido medicinal composto de reservatório estacionário principal e mochila portátil - Sistema Freelox®	http://www.vitalaire.com.br/pt_BR/oxigenoterapia/fontes-de-oxigenio.html	25470,00
Cilindro de Oxigênio gasoso (domiciliar)	Cilindro de oxigênio medicinal com 99,5% de pureza	http://www.vitalaire.com.br/pt_BR/oxigenoterapia/fontes-de-oxigenio.html	22260,00
Cilindro de Oxigênio gasoso (Portátil)	Cilindro de alumínio com carrinho 0,7m³/5L	http://www.vitalaire.com.br/pt_BR/oxigenoterapia/mobilidade.html	108300,00

APÊNDICE VII

Cálculo do preço dos dispositivos com função de oxigenoterapia com utilização de valores de locação e recarga mensal de oxigênio conforme fornecedores de Médico-Hospitalares (ano base – 2015)

Fornecedores de Equipamentos Médico-Hospitalares				
Precificação dos dispositivos de Oxigenoterapia por Locação (L) e Recarga (R)				
Item	Descrição	Cálculo	Custo	Preço Total
Sistema Freelox® (Oxigênio líquido)	Oxigênio líquido medicinal composto de reservatório estacionário principal e mochila portátil - Sistema Freelox®	$((29 \times R) + L) \times 12$	L 890,00 R 510,00	25470,00
Cilindro de Oxigênio gasoso (domiciliar)	Cilindro de oxigênio medicinal com 99,5% de pureza	$(20 \times R) + (L \times 12)$	L 155,00 R 85,00	3560,00
Cilindro de Oxigênio gasoso (Portátil)	Cilindro de alumínio com carrinho 0,7m ³ /5L	$(104 \times R) + (L \times 12)$	L 185,00 R 85,00	11060,00

L = Preço mensal de Locação / R = Preço de cada recarga