

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

ANA BEATRIZ RIGUEIRA DE ASSIS

**DA JUDICIALIZAÇÃO À IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS COM
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: ANÁLISE DE CUSTOS**

RECIFE
2020

ANA BEATRIZ RIGUEIRA DE ASSIS

**DA JUDICIALIZAÇÃO À IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS COM
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: ANÁLISE DE CUSTOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

**RECIFE
2020**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A848d Assis, Ana Beatriz Rigueira de
Da judicialização à implantação do Programa de fornecimento de fórmulas
nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca: análise de
custos / Ana Beatriz Rigueira de Assis. - 2020.
53 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade
Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.
Inclui referências e apêndices.

1. Contabilidade de custos. 2. Judicialização da saúde. 3. Políticas de
alimentação e nutrição. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin
(Orientadora). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2021 – 019)

ANA BEATRIZ RIGUEIRA DE ASSIS

**DA JUDICIALIZAÇÃO À IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS COM
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: ANÁLISE DE CUSTOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 16/03/2020

Banca Examinadora

Prof. (a). Dra. Keila Silene de Brito e Silva (Examinador externo)
Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco

Prof. (a). Dr. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Fonoaudiologia

Prof. (a). Dra. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este momento às mulheres da minha vida, à Maria do Socorro da Silva Rigueira, minha mãe, minha inspiração de todo amanhecer, que me tirava da cama logo cedo dizendo “vamos dar bom dia ao sol! ” Mesmo quando estava nublado. E assim me ensinou que não importa o tamanho ou quanto tempo dure a tempestade, o sol sempre está por perto, só aguardando a oportunidade de aparecer; à Naíde Rigueira, minha avó, que cheia de amor e generosidade fez de mim uma Rigueira, quando eu nem entendia o quão valioso isso me seria; e à Eloísa Lopes da Silva, muito mais que sogra, uma mãe que me ensinou o verdadeiro exercício da caridade e do amor ao próximo com seu coração alegre e fraterno. Com elas aprendo todos os dias o quanto cada uma de nós somos os nossos próprios lares, sendo também lar umas das outras e nada mais, além disto, nos define.

Em tempos de resistência, dedico também à Francisco de Assis Rafael da Silva Lima, meu companheiro de vida e de luta, a quem amo e admiro profundamente pelo senso de justiça, integridade, sensibilidade, honestidade, lealdade e retidão de caráter. Junto a ele é possível acreditar em dias melhores, de mais respeito e igualdade, em que os direitos sociais sejam respeitados. E assim, seguiremos serenos e de cabeça erguida, na certeza de sempre termos defendido o bem nacional, por nunca termos posto nossos ideais à venda e por sempre termos tido valor, jamais preço.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, pelo apoio ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES), por meio do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID);

À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES);

À Tunísia Souza, secretária do PPGGES, pela disponibilidade, atenção, paciência e acolhimento carinhoso;

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES);

À Professora e orientadora Adriana Falangola pelo acolhimento, sensibilidade e disponibilidade ao diálogo aberto e sincero, sempre muito tolerante e compreensiva;

Ao Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde, por meio da Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva;

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio de Vilma Ramos, Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável e Geraldo Jorge, Coordenação do Núcleo de Ações Judiciais;

Aos colegas de turma, em especial à Karinna Boaviagem, pela disponibilidade e atenção durante a fase de coleta de dados desta dissertação;

Às amigas Mirele Pacheco, sempre carinhosa e acolhedora; Marcella Monteiro, sempre muito objetiva, mas não menos carinhosa; à Daniella Barreto, sempre companheira;

Às amigas do Teste da Orelhinha Luciana Santos e Sheila Cristina por todo apoio, generosidade e suporte durante todo esse processo;

À minha família pelo apoio e compreensão, sendo tudo que precisei na hora e na medida certa, minha fonte inesgotável de amor e coragem. Em especial ao meu companheiro Francisco de Assis Rafael da Silva Lima, sempre otimista, generoso e paciente. Resgatando-me da escuridão com seu abraço forte que acalma e sua mão firme que sempre me ampara;

À força superior a quem chamo de Deus, agradeço por ser luz a iluminar meu caminho nos momentos de escuridão em que pensei caminhar só, mas sempre estiveste presente. Em ti senhor, encontro abrigo e repouso necessário para a alma e forças para prosseguir.

RESUMO

Introdução- A alergia à proteína do leite de vaca se apresenta como um problema de saúde pública que acomete, predominantemente, crianças de 0 a 2 anos. Tem grande potencial de comprometimento do desenvolvimento global da criança e demanda, dentre outros cuidados, alimentação industrializada com alto custo comercial, tornando-a inacessível à maioria das famílias. Sendo a saúde um direito fundamental segundo arcabouço jurídico e legislativo, cabe ao estado acolher as demandas da população, bem como gerir os recursos disponíveis por meio de controle de custos e planejamento. **Objetivos -** Estimar os custos diretos da implantação do programa de fornecimento de fórmulas nutricionais especiais dispensadas para crianças portadoras de reações e alergias alimentares na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco-SES PE. **Método-** Avaliação econômica parcial em saúde, pelo método de custeio direto aplicado à fornecimento de fórmulas nutricionais para crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca na Secretaria Municipal de Saúde de Recife e na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e a estimativa de custos de implantação de programa vinculado à Coordenação de Segurança Alimentar e Nutrição Sustentável da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Os dados obtidos na SMS Recife foram extraídos do Sistema HÓRUS Recife. Na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foram utilizadas informações retiradas do Sistema e-Fisco. **Resultados-** No período avaliado, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco atendeu 97 demandas judiciais, por meio das quais disponibilizou um total de 24.655 latas de fórmulas nutricionais especiais ao custo de R\$ 2.631.633,08. Enquanto a Secretaria Municipal de Saúde de Recife, por meio do Programa Criança Sensível, no mesmo período, ofertou 100.754 latas, para 1,107 crianças ao custo total de R\$ 10.957.440. Ao calcularmos os custos do paciente por ano em cada instituição, identificou-se que, entre 2014 e 2018, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife apresentou custos inferiores à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Para a implantação de um Programa de fornecimento de fórmulas nutricionais para crianças com APLV pela SES PE o custo com as ações para implantação do programa foi estimado em R\$ 10.717,60, enquanto o custo com fornecimento anual, considerando os três tipos de fórmulas mais indicadas, seria de R\$ 7.366.948. **Conclusão-** Tendo em vista os resultados obtidos é possível concluir que a implantação de um programa de fornecimento de fórmulas nutricionais ao paciente com APLV é uma forma de ampliar e melhorar a assistência a esse tipo de usuário, gerindo melhor o recurso da saúde que a este se destina, tendo à vista a diminuição da judicialização para este tipo de produto.

Palavras-chave: Alergia a Leite. Contabilidade de Custos. Judicialização da Saúde. Políticas de Alimentação e Nutrição.

ABSTRACT

Introduction- Allergy to cow's milk protein presents itself as a public health problem that predominantly affects children aged 0 to 2 years. It has great potential to compromise the child's global development and demands, among other care, industrialized food with a high commercial cost, making it inaccessible to most families. Health being a fundamental right according to the legal and legislative framework, it is up to the state to accommodate the demands of the population, as well as to manage the available resources through cost control and planning. Objectives- Estimate the direct costs of implementing the program to supply special nutritional formulas dispensed to children with reactions and food allergies at the State Health Department of Pernambuco. Method- Partial economic evaluation in health, by the direct cost method applied to the distribution of nutritional formulas for children with Allergy to Cow's Milk Protein at the Municipal Health Department of Recife and at the State Health Department of Pernambuco and the cost estimate of implementation of a program linked to the Coordination of Food Security and Sustainable Nutrition of the State Health Secretary of Pernambuco. The data obtained in SMS Recife were extracted from the HÓRUS Recife System. Information from the e-Fisco System was used at the State Health Secretary of Pernambuco. Results- During the period evaluated, the Pernambuco State Health Department responded 97 legal demands, through which it made available a total of 24,655 cans of special nutritional formulas at a cost of R\$ 2.631.633,08. While the Municipal Health Secretary of Recife, through the Sensitive Child Program, in the same period, offered 100,754 cans to 1,107 children at a total cost of R\$ 10.957.440. When calculating patient costs per year in each secretary, it was identified that, between 2014 and 2018, the Municipal Health Department of Recife presented lower costs than the State Health Department of Pernambuco. For the implementation of a Program to supply nutritional formulas to children with CMPA by SES PE, the cost of actions to implement the program was estimated at R\$ 10,717.60, while the cost of annual supply, considering the three types of formulas indicated, would be R\$ 7,366,948. Conclusion- In view of the results obtained, it is possible to conclude that the implementation of a program to provide nutritional formulas to patients with CMPA is a way to expand and improve assistance to this type of user, better managing the health resource than to this one. intended, with a view to reducing judicialization for this type of product.

Keywords: Milk allergy. Cost Accounting. Judicialization of Health. Food and Nutrition Policies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Manifestações de alergias alimentares segundo o mecanismo imunológico envolvido.	17
Quadro 02 -	Uso de fórmulas infantis para APLV em crianças menores de 6 meses e de 6 a 24 meses conforme o tipo de alergia.	19
Quadro 03 -	Técnicas de análise de custo.	27
Quadro 04 -	Unidade de referência e tipo de atendimento às crianças com APLV, por GERES, na rede estadual de saúde de Pernambuco.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Número de pacientes, número de latas e custos totais por ano – SES PE.	35
Tabela 02 -	Judicialização de fórmulas nutricionais Programa Criança Sensível: Número de pacientes, número de latas e custos totais por ano – SMS Recife.	37
Tabela 03 -	Judicialização x Programa Crianças Sensível: Custo médio da unidade da fórmula com 400 gramas, por ano.	37
Tabela 04 -	Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Custo médio por ano para a SMS Recife.	38
Tabela 05 -	Programa Criança Sensível: Custo total das fórmulas por ano SMS Recife.	38
Tabela 06 -	Custo médio das fórmulas do Programa Criança Sensível por ano.	39
Tabela 07 -	Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Custo de um paciente por ano e por mês.	40
Tabela 08 -	Orçamento de fórmulas nutricionais para o primeiro ano do programa SES/ PE.	40
Tabela 09 -	Salário bruto dos profissionais envolvidos na capacitação SES – PE.	40
Tabela 10 -	Valores em reais (R\$) das diárias dos profissionais envolvidos na capacitação SES – PE.	41
Tabela 11 -	Custo médio dos profissionais em reais (R\$) para a capacitação nas Regionais de Saúde.	41
Tabela 12 -	Custo em reais (R\$) do transporte utilizado nas capacitações.	41
Tabela 13 -	Custo total em reais (R\$) da implantação do programa de fornecimento de fórmulas nutricionais de pacientes com APLV na SES PE.2020.	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alergias Alimentares
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
AVAQ	Anos de Vida Ajustados pela Qualidade
BCB	Banco Central do Brasil
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CSANS	Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
EC	Emenda Constitucional
e-Fisco	Sistema responsável pela arrecadação de tributos do estado
EoE	Esofagite Eosinofílica
FAA	Fórmulas à Base de Aminoácidos
FEH	Fórmulas Extensamente Hidrolisadas
FPIES	Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar
FPIPS	Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar
FS	Fórmulas à Base de Soja
GERES	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HORUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IgE	Imunoglobulina tipo E
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MS	Ministério da Saúde
NAJ	Núcleo de Ações Judiciais
Nº	Número
NS	Nível Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
pcte	Paciente

PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto
PLV	Proteína do Leite de Vaca
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

LISTA DE SÍMBOLOS

/	Barra
-	Hífen
^a	Indicador Ordinal Feminino
^o	Indicador Ordinal Masculino
®	Marca Registrada
<	Menor que
)	Parêntese subscrito à direita
(Parêntese subscrito à esquerda
%	Porcentagem
R\$	Valor monetário em real

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Alergia à Proteína do Leite de Vaca.....	17
3.2	O SUS e o direito à saúde.....	20
3.3	Judicialização da saúde.....	23
3.4	Economia da saúde: avaliação econômica e contabilidade de custos	26
4	MÉTODO.....	31
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Local da pesquisa.....	31
4.3	Coleta de dados.....	32
4.4	Tratamento dos dados	34
4.5	Considerações éticas.....	34
5	RESULTADOS	35
6	DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A - DADOS REFERENTES AO DESLOCAMENTO PARA	
	TREINAMENTO DETALHADO POR GERES/SES PE	53

1 INTRODUÇÃO

Embora tido como obsoleto, o conceito de saúde mais utilizado é o de que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946). No entanto, conceitos atuais de saúde têm sido amplamente debatidos possibilitando que esta seja compreendida em sua subjetividade, no subjetivismo dos sujeitos e nas condições a estes impostas. Possibilitando assim entendê-la como um “conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental” (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Constitucionalmente, no Brasil, desde 1988 a saúde é considerada um direito de todos e dever do estado, garantido por políticas sociais e econômicas. Cabendo ao poder público, nos termos da lei, regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o que hoje é conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS surge em 1990, através da Lei 8080, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços em todo território nacional (BRASIL, 2011).

Através de mecanismos legais o SUS estabelece princípios doutrinários que buscam garantir o direito à saúde como um dever do estado. Dentre os quais destacam-se Universalidade, Integralidade e Igualdade (BRASIL, 1988). E é basicamente em torno e a partir desses três princípios que Paixão (2019) debate sobre o incremento na judicialização do direito à saúde com amparo no regramento constitucional. A temática tem despertado preocupação também do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que a cada relatório de publicação anual demonstra aumento significativo no número de processos tratando do direito à saúde que foram efetivamente apresentados ao poder judiciário (CNJ, 2020).

Segundo o Relatório Justiça em Números do CNJ, em 2019 as despesas totais do Poder Judiciário aumentaram 2,6% em relação ao ano anterior, totalizando um gasto de R\$ 100,2 bilhões. Tais despesas correspondem a 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. No mesmo período o custo pelo serviço de justiça foi de R\$ 479,16 por habitante. O relatório afirma ainda que entre 2011 e 2019 houve um aumento médio de 4,7%/ ano na quantidade de processos arquivados.

No que tange especificamente à Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), a inexistência de políticas públicas de atenção aos portadores de APLV a nível nacional e estadual inviabiliza o acesso a dados concretos sobre incidência e prevalência da APLV (SOLÉ et al, 2018a). Segundo o Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar, um estudo realizado no Brasil aponta incidência de 2,2% e prevalência de 5,4% em criança de até dois anos e prevalência de 1% em adultos (BRASIL, 2014b).

O presente estudo teve como objetivo estimar os custos da implantação de um programa de fornecimento de fórmulas nutricionais especiais para crianças portadoras de reações e alergias alimentares na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES PE). Buscou-se atender ao objetivo geral do estudo através da identificação do custo da SES PE com fornecimento de fórmulas para crianças com APLV por via judicial entre 2014 e 2019 e da comparação deste com o custo da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS RECIFE) com um programa de fornecimento regular de fórmulas nutricionais para o mesmo público e no mesmo período.

Por meio da avaliação econômica parcial, foi possível realizar uma análise de custo em saúde, pretendendo-se avaliar os custos dos pedidos realizados a partir da judicialização para este tipo de alimento na SES PE. Nas buscas em bases de dados da produção nacional acerca do tema, não foram localizados estudos com esta temática. Optou-se pela análise de custo como ferramenta que viabilize a tomada de decisão dos gestores, bem como o fortalecimento das ações voltadas para nutrição e alimentação no Estado de Pernambuco. Entende-se dessa forma que a pesquisa está em consonância com os requisitos do Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Diante dos resultados encontrados propõe-se a implantação de um programa de fornecimento de fórmulas nutricionais à pacientes com APLV como uma forma de ampliar e melhorar a assistência aos usuários, gerindo melhor o recurso da saúde que a este se destina e diminuindo a judicialização para este tipo de produto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estimar os custos da implantação do programa de fornecimento de fórmulas nutricionais especiais dispensadas para crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES PE).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o custo da SES PE com o fornecimento de fórmulas nutricionais judicializadas para crianças com APLV, entre os anos de 2014 e 2019;
- Identificar o custo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Recife com o fornecimento de fórmulas nutricionais judicializadas para crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca, entre os anos de 2014 e 2019;
- Identificar o custo da SMS de Recife com o fornecimento de fórmulas nutricionais por meio do Programa Criança Sensível para crianças com Alergia à Proteína do Leite de Vaca, entre os anos de 2014 e 2019;
- Identificar potencial rede de assistência clínica às crianças com APLV, por Gerência Regional de Saúde (GERES) no estado de Pernambuco;
- Identificar potencial rede de assistência farmacêutica às crianças com APLV, por Gerência Regional de Saúde (GERES) no estado de Pernambuco;
- Estimar o custo da SES PE com aquisição de fórmulas nutricionais para Programa de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais para crianças com APLV;
- Comparar os custos do fornecimento de fórmulas pela SES PE, por via judicial, com os valores de referência do fornecimento de fórmulas pela SMS de Recife, via Programa Criança Sensível.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Alergia à proteína do leite de vaca

Segundo Solé et al. (2018a), Alergias Alimentares (AA) são definidas como uma doença em resposta à atividade imunológica anômala, que ocorre após ingestão e/ou contato com alimentos específicos. Surgem de forma precoce e por meio de manifestações clínicas que podem variar de acordo com o mecanismo imunológico envolvido.

As Alergias Alimentares (AA) são desencadeadas por reações que podem ser mediadas, ou não pela Imunoglobulina do tipo E (IgE). Sendo os anticorpos da IgE responsáveis pelas manifestações alérgicas mais simples e pelas reações anafiláticas, mais graves. Estas reações decorrem da sensibilidade à alimentos alérgenos com formação de anticorpos específicos da classe IgE. Neste caso, as manifestações surgem logo após a exposição ao alimento e normalmente são: cutâneas, gastrintestinais respiratórias e/ou sistêmicas. Já as reações não mediadas pela IgE, se apresentam mais tardiamente e são caracterizadas por manifestações gástricas mais graves, tais como: proctite (inflamação da mucosa do reto); enteropatia (doença do trato intestinal); enterocolite (inflamação de trato digestivo). Solé et al. (2018a), relatam ainda a possibilidade de ocorrência de reações mistas, as quais, naturalmente, apresentam manifestações gástricas, cutâneas e respiratórias. Para melhor entendimento segue Quadro 01.

Quadro 01 – Manifestações de alergias alimentares segundo o mecanismo imunológico envolvido

LOCAL	MEDIADA POR IGE	MEDIADA POR IGE E CÉLULA (MISTO)	NÃO MEDIADA POR IGE
Pele	Urticária, angioedema, <i>rash</i> eritematoso e rubor.	Dermatite atópica	Dermatite herpetiforme
Respiratório	Rinocconjutivite alérgica, broncoespasmo agudo	Asma	Hemossiderose induzida por alimento (Síndrome de Heiner)
Gastrointestinal	Síndrome de alergia oral Espasmo intestinal agudo	Esofagite eosinofílica (EoE); Gastrite eosinofílica; Gastroenterite eosinofílica	Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES); Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar (FPIPS)

LOCAL	MEDIADA POR IGE	MEDIADA POR IGE E CÉLULA (MISTO)	NÃO MEDIADA POR IGE
Cardiovascular	Tontura e desmaio	-	-
Miscelânea	Cólicas e contrações uterinas; Sentimento de “morte iminente”	-	-
Sistêmicas	Anafilaxia Anafilaxia por exercício dependente de alimento	-	-

Fonte: SOLÉ et al., 2018a

A Proteína do Leite de Vaca (PLV) figura entre os alimentos com maior potencial alergênico na infância, junto ao ovo, o trigo e a soja. Sendo mais frequente entre crianças de até vinte e quatro meses. Dentre as Alergias Alimentares (AA), a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é classificada segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), como R63.8 - “*Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos (Alergia à Proteína do Leite de Vaca)*”.

Estudo realizado no Brasil aponta incidência de 2,2% e prevalência de 5,4% em crianças de até dois anos e prevalência de 1% entre adultos (SOLÉ et al., 2018a). O diagnóstico em faixa etária superior é incomum, tendo em vista que a tendência é que o indivíduo se torne tolerante à PLV.

No entanto, ainda faltam informações advindas de inquéritos nacionais. E por conta disto, em agosto de 2012, o Ministério da Saúde, realizou uma pesquisa por meio de questionário estruturado enviado a 178 municípios com serviços/ programas de atenção aos pacientes com APLV. Destes, 34 municípios responderam, indicando uma média de 0,7% de acompanhamento deste tipo de paciente nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014b).

O diagnóstico da APLV, seja mediada ou não por IgE é, primordialmente, baseado na análise clínica dos sinais e sintomas que o paciente apresenta quando exposto à PLV. Quando necessário, são indicados exames complementares como apoio na avaliação de gravidade ou no diagnóstico diferencial da APLV. Tais exames devem ser solicitados e interpretados por especialistas como alergologista ou gastroenterologista, com o intuito de aumentar a correlação entre os resultados da pesquisa de IgE específica com as manifestações clínicas (SOLÉ et al., 2018a).

No que tange ao tratamento, de forma continuada e orientada por conduta médica e nutricional, a indicação é que seja retirada a PLV da dieta, com substituição desta, por fórmulas lácteas (CORRÊA, 2017). Sobre as fórmulas indicadas em substituição à PLV, estas são parte fundamental na dieta de exclusão (para menores de 6 meses) e de complementação (para maiores de 6 meses) à qual a criança é submetida (SOLÉ et al., 2018b).

Segundo o documento do Ministério da Saúde intitulado Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca as fórmulas infantis à base de proteína de soja (FS) são indicadas para crianças de seis a vinte e quatro meses com APLV mediada por IgE. Já as fórmulas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH), são indicadas para todas as crianças de até vinte e quatro meses, com APLV mediadas ou não por IgE. Considerando que, embora baixo, existe um percentual de intolerância às FEH, indica-se o uso de fórmulas à base de aminoácidos livres (FAA), as quais também devem ser a primeira opção em casos de crianças com APLV que apresentem sintomas graves.

Quadro 02 – Uso de fórmulas infantis para APLV em crianças menores de 6 meses e de 6 a 24 meses conforme o tipo de alergia

	MEDIADA POR IGE	NÃO MEDIADA POR IGE
< 6m		
1ª Opção	FEH	FEH
2ª Opção	AAS	AAS
6 – 24m		
1ª Opção	FS	FEH
2ª Opção	FEH	AAS
3ª Opção	AAS	

Fonte: BRASIL, 2018.

Pensar sobre a qualidade de vida dessas crianças e suas famílias diante desta situação é fundamental, tendo em vista que o impacto social e emocional do diagnóstico vem acompanhado do impacto financeiro no orçamento da família. Seidl e Zannon (2004) refletem em seu estudo sobre saúde e doença como um processo contínuo e, inevitavelmente, relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Somado a um conceito de saúde que vai além da ausência de

doença, a qualidade de vida passa a figurar como debate central das políticas públicas de atenção, prevenção e promoção da saúde.

Segundo Pereira et al. (2014) há um movimento crescente das demandas judiciais por fórmulas nutricionais direcionadas ao Ministério da Saúde. Neste estudo foram analisados processos judiciais de 2013 e identificou-se o perfil dos solicitantes, caracterizados por estarem em faixas etárias extremas e possuírem, principalmente, doenças neurológicas e alergias/intolerâncias alimentares, no entanto chama atenção o baixo número de processos que apresentaram comprovação diagnóstica, sobretudo quando observados os casos de alergias/intolerâncias alimentares.

Barbosa et al. (2007), debruçaram-se sobre a análise de custos da alimentação no primeiro ano de vida de crianças sem qualquer tipo de alergia e/ou intolerância. Constataram que o aleitamento materno somado à alimentação complementar, que é introduzida a partir do sexto mês de vida, representam 12,8% do salário mínimo mensal. Enquanto, o uso de fórmula infantil adequada para substituição do leite materno, comprometia 42% do salário mínimo mensal. Aos que podem ingerir a PLV, é possível fazer com que este custo caia para 22% do salário mínimo. Diante deste cenário, os autores discutem a dificuldade de pessoas de baixa renda em assumir este custo.

3.2 O SUS e o direito à saúde

A saúde, segundo o 196º artigo da CF de 1988, é apresentada como direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, até o 200º artigo além de conceitos e regulamentações, são definidas como atribuições do sistema de saúde a fiscalização, controle, execução, ordenação, formação de recursos humanos, formulação de políticas e proteção dos cidadãos (BRASIL, 1988).

Dessa forma, em 1990, o SUS é regulamentado pela Lei 8080, a qual regula em todo território nacional ações e serviços de saúde, executados de forma isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990b). A Lei 8080/90 surge num momento marcado pela busca por mudanças políticas e sociais. Teve forte influência da Constituição Federal (CF) de 1988, um marco dos direitos dos cidadãos brasileiros, que

garante direitos civis e proteção do estado. Não à toa, as diretrizes e direções do SUS são pautadas no que prevê os artigos da CF que tratam da saúde.

Em caráter complementar à Lei 8080, ainda em 1990, surge a Lei 8142 (BRASIL, 1990a), mais uma vitória do povo. A qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Anteriores à CF, os conselhos de saúde já se constituíam em um mecanismo de fomento à participação social em Municípios, Estados e União, com o intuito de dar voz à sociedade civil ante as decisões tomadas pelo poder executivo.

Em busca da efetivação do direito à saúde, por meio dos mecanismos legais mencionados, o SUS estabelece princípios doutrinários que falam sobre o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde de forma universal, integral e igualitária.

Diante de um conceito mais amplo e uma atenção maior sobre a saúde, o entendimento desta como um direito modificou a forma como os cidadãos percebem e buscam cuidar da sua saúde. Pois esta passa a ser um bem, um direito fundamental que o estado deve prover de forma equânime, integral e universal. Diante disto é inevitável refletir sobre a melhor forma de atender a estes princípios e suprir a relação de oferta e demanda que há em um sistema de saúde implantado num país como o Brasil, com população estimada em 210 milhões de habitantes espargidos num território com características geográficas, sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas extremamente heterogêneas que se distribuem ao longo do quinto maior país do planeta, em termos de extensão territorial.

Paim e Silva (2010) apontam a universalidade como uma ideia de justiça e bem-estar social, que no Brasil, ao longo do tempo, vem sendo executada por meio de programas e ações que permitem expansão e maior acesso aos serviços de saúde. Miranda, Mendes e Silva (2017), corroboram com esta ideia ao apontar os sistemas universais de saúde como aqueles que melhor respondem às demandas da população em termos de desenvolvimento científico, tecnológico e econômico. O que considera representar além de um resgate, a maior conquista social e política no âmbito da saúde pública, que aconteceu com a promulgação da CF de 1988. Mas, embora este seja um dos princípios com respostas mais consistentes com relação à cobertura da população, é feita uma crítica a este tipo de cobertura, tendo em vista que se percebe maior demanda pelos serviços de recuperação da saúde em detrimento das ações de prevenção e promoção (STOTZ e ARAÚJO, 2014).

Miranda, Mendes e Silva (2017) apontam como outros desafios do sistema universal brasileiro, questões relacionadas à organização e fragmentação das políticas públicas e pactos federativos, o subfinanciamento, as desigualdades em saúde e fragilidades na regulação dos serviços. Propondo como solução resgatar os ideais que legitimaram o Movimento Sanitário Brasileiro, pautados em ações de resistência em defesa do SUS.

O princípio da equidade, por sua vez, sobrevém à igualdade, uma vez que, na história do SUS priorizou-se garantir o acesso a todos, para então propor dar mais para quem precisa de mais, tratando de forma desigual os desiguais, mas sem ferir o valor de justiça socialmente posto (SOUZA, 2007). Sendo este um enorme desafio em um país que tem problemas de desigualdade cada dia mais evidentes, principalmente no que concerne ao arcabouço legal e político da saúde.

Nesse contexto, o SUS enquanto política pública de saúde, busca minimizar os efeitos dessas desigualdades e os seus impactos sobre as condições de saúde da população. Souza (2007) fala em situações desiguais que exigem políticas desiguais para tratar diferente os desiguais, o que o mesmo explica como sendo uma discriminação positiva e necessária para alcançar os pressupostos da equidade. Finaliza apontando que os desafios impostos por um sistema subfinanciado faz com que se caminhe na contramão da igualdade.

Atualmente a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que é fruto de debates pautados nos princípios e diretrizes legais e constitucionais, atribui ao SUS a função de promover ações de saúde por meio de intervenções que torne acessível aos usuários uma alimentação adequada nos aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Cabendo também a implantação e implementação de serviços que possam assistir os usuários de forma integral (BRASIL, 2013b).

A ausência de Políticas Públicas específicas para portadores de APLV, reflete sobre a qualidade de vida dessas crianças e suas famílias. Um vez que o impacto social e emocional do diagnóstico vem acompanhado do impacto financeiro no orçamento da família. O processo saúde e doença é contínuo e, inevitavelmente, relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. E, somado a um conceito de saúde que vai além da ausência de doença, a qualidade de vida passa a figurar como debate central das políticas públicas de atenção, prevenção e promoção da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

3.3 Judicialização da saúde

Para o Ministério da Saúde (2012) a judicialização da saúde é considerada um fenômeno ocasionado pela interferência do poder judiciário nas políticas públicas com o intuito de tornar acessíveis bens e serviços que garantam o exercício do direito à saúde, assegurado constitucionalmente.

Segundo Pereira (2018), a judicialização da saúde surge da precariedade dos serviços prestados pelo SUS, motivando os usuários a se utilizarem do poder judiciário para conseguirem exercer seu direito constitucional à saúde. Com o crescimento alarmante da judicialização e o conseqüente comprometimento dos serviços saúde, muito se tem debatido sobre o tema em diversas perspectivas.

As demandas judiciais em saúde surgem, na maioria dos casos, pautadas nos artigos da CF de 1988. Nestes, a saúde é apresentada como um direito fundamental de todos e dever do estado. E por este motivo muitos estudos, que buscam compreender e debater este fenômeno, se debruçam em críticas ao entendimento do judiciário sobre tais artigos, por meio dos quais o texto constitucional regulamenta as ações e serviços ofertados pelo SUS (MEDICE, 2010).

Há inúmeras perspectivas sobre os papéis que a judicialização da saúde ocupa no cenário atual, proporcionando um debate amplo e rico em torno das possíveis causas e soluções da judicialização da saúde, aqui posta como um fenômeno que deve ser percebido e discutido como multifatorial e com grande potencial de melhorar o debate em torno do aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde.

Buscando o equacionamento da judicialização da saúde no Brasil, Ferraz (2019) aponta o fenômeno da judicialização como algo positivo na perspectiva do Estado democrático de direito, uma vez que indica um nível maior de consciência da população, maior receptividade do judiciário aos direitos sociais e maior controle da sociedade sobre a administração pública. Mas, por outro lado, aponta que a judicialização da saúde tem sido utilizada como garantia de privilégios, que leva à uma desorganização administrativa do sistema público de saúde.

Segundo Ferraz (2019) a judicialização pode ser boa, quando motivada pelas falhas das mais diversas naturezas que é possível observar na administração pública. Ou ruim, quando motivada por interesses privados em tratamentos que extrapolam os limites dos recursos e, muitas vezes estão em desacordo com os padrões sanitários e com as evidências científicas necessárias. Havendo grande preocupação com a

jurisprudência dominante e o entendimento que se tem quanto ao “direito de tudo para todos”.

Discussão bastante delicada ao passo que o interesse financeiro do Estado deve ser considerado, mas se torna secundário ante o direito à saúde, que além de um direito fundamental, representa o direito indeclinável à vida (FERRAZ, 2019).

Dessa forma, Ferraz (2019) propõe uma reforma na jurisprudência, no intuito de garantir a segurança, a sustentabilidade e a equidade do sistema público de saúde. E, embora reconheça que, em certo ponto, a judicialização é de fato ocasionada pela precariedade dos serviços, deixa claro que a solução não é impor a jurisprudência dominante do direito irrestrito, uma vez que isto só se aplica à minoria privilegiada que tem acesso ao judiciário. Assim, sugere que decisões razoáveis e complementares talvez possam equacionar o problema da judicialização anteriormente classificada como ruim.

Pensando sobre uma solução para este equacionamento, Ferraz e Sulpino (2009), sugeriram a interpretação do que a CF suscita como direito à saúde, como potencial solução para o impasse estabelecido entre os três poderes. Propondo o entendimento do artigo 196 para além da garantia de serviços e produtos médicos, uma vez que também fala em promoção e proteção da saúde e tem essa ideia reforçada pelo artigo 200.

Repensar o princípio da equidade também é necessário perante a realidade de recursos finitos, fato em todos os sistemas de saúde do mundo, ter saúde não é sempre ter que estar saudável, mas sim ter um sistema de proteção que dê oportunidades iguais para que todos alcancem níveis mais altos possíveis de saúde. Dessa forma, é fundamental sair do lugar comum que tem nos levado a, em nome da justiça, perpetuar iniquidades que começam desde o acesso ao judiciário e culminam na inversão dos princípios do SUS, transformando-os em meros instrumentos de manutenção de desigualdades (FERRAZ; SULPINO, 2009).

Sobre a influência da judicialização no sistema de saúde brasileiro, enquanto Moraes (2018) a percebe como a falência do sistema, Fleury (2012) apresenta uma visão otimista quanto ao papel da judicialização no setor saúde e se opõe ao entendimento dos autores supracitados quanto ao tema. Apontando o aumento da democratização, da inclusão social, da difusão de informação e da consciência cidadã sobre seus direitos, como as principais causas da judicialização em saúde. Percebendo o fenômeno como um aliado do SUS e uma barreira à interferência do setor privado. Afastando assim, o estado do papel de mero comprador e o usuário do papel de mero consumidor.

Alguns autores, como Ferraz (2019), Paixão (2019) e Sant'ana (2018) atribuem o fenômeno da judicialização da saúde à disparidade no entendimento dos princípios do SUS que há entre o Ministério da Saúde e o judiciário. Enquanto para o Ministério a integralidade deveria ser garantida por um conjunto de bens e serviços de saúde de eficácia comprovada no tratamento dos principais problemas epidemiológicos da população brasileira; para o judiciário o direito à vida é imperativo e deve ser garantido pelo Estado independente do custo e da efetividade do tratamento pleiteado.

Barroso (2007) debate a judicialização da saúde à luz da falta de efetividade do sistema. Neste momento apresenta o judiciário como um executor da promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde, que não deve ser menos do que é e deixar de tutelar direitos fundamentais. Mas também reflete que, não lhe cabe ser mais do que pode, presumindo demais de si mesmo e, a pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, causar grave lesão aos direitos da mesma natureza de tantos outros. Castelo, Leite e Lopes (2019) ressaltam que o debate vai além do direito à saúde versus separação de poderes, princípios orçamentários e/ou reserva do possível, o que está em pauta, na realidade, é o acesso universal e equânime à saúde.

Nesse contexto, a pior consequência da judicialização não reflete apenas na (des) organização orçamentária da saúde, mas também na priorização do direito individual em detrimento do coletivo. Tornando-se um problema com potencial de ampliar as desigualdades já existentes (BIEHL; PETRYNA, 2016). Por este motivo é necessária a articulação entre os poderes Judiciário e Executivo na busca de soluções conjuntas que garantam o direito à saúde, apoio técnico e político sobre o que diz respeito às principais doenças/agravos que demandam fórmulas nutricionais, bem como sobre diagnóstico, necessidade do uso de fórmulas específicas, tratamentos possíveis e existência de conflitos de interesse (PEREIRA et al, 2014).

Na perspectiva da economia da saúde, tendo em vista o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população brasileira, é notória a tendência crescente dos gastos com saúde, o que se confronta diretamente com uma política de financiamento da saúde que transcendeu o subfinanciamento e agora está posta como desfinanciamento na saúde pública (NASCIMENTO, 2019). Isto, segundo Sant'Ana (2018) acaba fomentando o aumento de desigualdades, uma vez que o judiciário tem se tornado um meio de acesso aos serviços de saúde que está ao alcance da minoria. Dessa forma, contrariando o que Fleury (2012) referiu, se não tivermos cuidado, a

judicialização da saúde tende a deixar de ser um garantidor do direito à saúde, fazendo com que o direito individual se sobreponha ao direito coletivo.

Dessa forma Sant'ana (2018) propõe que o debate acerca do fim da judicialização seja superado e os esforços se voltem para as melhorias das condições de saúde por meio do fortalecimento das políticas públicas.

O alto número de ações de saúde demandadas por via judicial fragiliza o papel do poder legislativo e do executivo em detrimento do poder judiciário, levando à transferência de competências sob a alegação de se estar cumprindo a Constituição. Neste sentido, nenhum poder deve usurpar a competência do outro, nem mesmo nele interferir. Caso isso fosse permitido, a estrutura do Estado democrático ruiria (MARCHESINI e GIRÃO, 2016).

Diante da falta de explicitação de um conceito de integralidade que dê suporte técnico às decisões, a judicialização da saúde passa a ser útil para segmentos da sociedade que buscam tirar vantagem do conceito difuso de integralidade no bojo da gratuidade do SUS. Com isso, recursos públicos passam a ser drenados para o financiamento de ações de saúde questionáveis (MEDICE, 2010).

3.4 Economia da saúde: avaliação econômica e contabilidade de custo

De acordo com Del Nero (2002), a economia da saúde surge, após a década de 70, da interseção de estudos, pesquisas e intervenções da economia na área da saúde. Buscando desenvolver estratégias gerenciais e contribuir para o planejamento de ações em saúde, veio com o intuito de otimizar recursos e identificar as diversas relações que existem entre: fatores socioeconômicos x indicadores de saúde; desenvolvimento econômico x nível de saúde; fornecimento geográfica x recursos da saúde. O autor refere ainda estudos sobre financiamento, gastos em saúde e análises econômicas, citando como exemplo deste último os estudos de custos, deixando claro o potencial do conhecimento econômico aplicado à saúde.

Segundo Rouquayrol (2003), os estudos de avaliação econômica da saúde permitem diminuir as arbitrariedades na tomada de decisões sobre o uso dos recursos disponíveis, configurando um instrumento essencial e indispensável para alcançar resultados mais custo-efetivos, uma vez que considera um imperativo ético otimizar os benefícios gerados pela alocação de tais recursos.

As avaliações econômicas podem ser completas ou parciais. É o que as difere

são as intervenções e/ou tecnologias analisadas e a comparação, ou não, entre estas. Normalmente, nas avaliações econômicas parciais são feitas análises de apenas uma intervenção de saúde, relatando seus custos e consequências, mas sem comparação com outras alternativas. Ou então pode se tratar de uma análise comparativa, mas com foco apenas nos custos ou nas consequências da intervenção (BRASIL, 2009).

Já as avaliações econômicas completas propõem análises comparativas de diferentes tecnologias no âmbito da saúde, com olhar voltado para os custos e os seus efeitos sobre o estado de saúde, fornecendo informações que podem determinar as melhores ações nas quais as tecnologias em saúde podem ser priorizadas (BRASIL, 2009).

Para cada uma das avaliações citadas anteriormente, existem diferentes técnicas de análises de custo. A avaliação econômica parcial utiliza a análise de custos em saúde para obter apenas os custos do uso de determinada tecnologia e/ou intervenção. Enquanto as avaliações econômicas completas utilizam as análises de custos que comparam duas ou mais tecnologias e que são valoradas em unidades monetárias, clínico-epidemiológicas e/ou anos de vida ajustados pela qualidade (Avaq), tal como é apresentado no Quadro 03.

Quadro 03- Técnicas de análise de custo

TIPO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA	TÉCNICA DE ANÁLISE DE CUSTO	CARACTERÍSTICAS
Parcial	Custo em saúde	Considera o custo do uso da tecnologia
Completa	Custo-benefício	Efeitos valorados em unidades monetárias
	Custo-efetividade	Efeitos valorados em unidades clínico-epidemiológicas
	Custo-minimização	Compara custos de duas tecnologias ou mais
	Custo-utilidade	Medido em Avaq

Fonte: (BRASIL, 2009)

A gestão em saúde é conceituada pelo Ministério da Saúde (2012) como uma atividade de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições e programas, bem como de condução e planejamento de sistemas e serviços de saúde. Tais atividades são norteadas, dentre outras, pela gestão de custos, a qual é definida como ação de gerir recursos e depurar processos com a finalidade de utilizar informações sobre custos para subsidiar a alocação de recursos e o processo decisório. Nesse

contexto é imprescindível o uso da contabilidade de custos, a qual é definida como ramo da contabilidade pelo qual a gestão de custos é traduzida em normas, fluxos, papéis e rotinas, tendo por finalidade absorver dados de diversas áreas, manipulá-los e emitir relatórios gerenciais (BRASIL, 2012).

A contabilidade de custos traz consigo alguns conceitos, os quais, segundo o Ministério da Saúde (2009), faz-se necessário apropriar-se, seja no setor público ou no setor privado, são eles:

- Gasto: despesa com bens ou serviços adquiridos que geram sacrifício econômico para o serviço;
- Investimento: aquisição de bens permanentes com finalidade de aumentar o ativo e melhorar a gestão de pessoal;
- Custo: valor de todos os recursos gastos na produção de um bem ou serviço;
- Despesa: recursos gastos, em determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim;
- Perda: bens ou serviços consumidos de forma anormal, involuntária e imprevista.

Considerando a importância e a complexidade dos estudos de custos de forma geral, é necessário classificá-los segundo o seu comportamento e segundo a sua aplicabilidade de forma separada. Podendo ser:

- Segundo comportamento, relacionado ao volume de produtos:
 - Fixos: são custos cujo valor não se altera quando se modifica o volume produzido, em determinado período de tempo e em certa capacidade instalada;
 - Variáveis: são custos cujo valor se altera na mesma proporção das oscilações dos volumes produzidos;
- Segundo aplicabilidade, relacionada à aplicação dos produtos:
 - Indiretos: são custos que não se identificam com o produto final, sendo necessário algum critério de aproximação para atribuir aos produtos (o autor sugere rateio);
 - Diretos: são custos diretamente incluídos no cálculo dos produtos ou serviços, sendo perfeitamente mensuráveis de maneira objetiva.

Para a apuração de custos o Ministério da Saúde (2013a) sugere quatro tipos de métodos de apuração de custos, os quais são descritos como um conjunto de regras e

etapas sistematizadas e empregadas com o objetivo de dimensionar os custos de bens produzidos, de serviços prestados ou de programas oferecidos por instituições ou órgãos específicos. São eles:

- Custeio por absorção: Identifica e vincula todos os custos de produção e/ou serviços, aos bens ou serviços disponibilizados, sejam tais custos diretos, indiretos, fixos ou variáveis. É um método com importância reconhecida e indicado para a gestão hospitalar no setor público (BRASIL, 2013a);
- Custeio pleno: sugere que sejam agregados os custos de produção e as despesas financeiras da organização, as quais passam a ser consideradas como custos. É passível de ser utilizada no setor público. Sua aplicabilidade pode ter objetivos tanto legais quanto gerenciais (BRASIL, 2013a);
- Custo Marginal: refere-se ao aumento que recai sobre o custo total, decorrente do acréscimo de uma unidade no volume de produção (BRASIL, 2009);
- Custeio direto: Embora não seja reconhecido pela gestão fiscal, é um método com importância gerencial reconhecida, uma vez que fornece informações para a criação da margem de contribuição de produtos em determinado período (BRASIL, 2013a).

O método de custeio direto consiste em imputar ao produto final ou à produção apenas os custos variáveis e diretos, levando os custos fixos e indiretos à conta de apuração do resultado do exercício. Este ainda é bastante utilizado pela operacionalização mais simples, por dispensar rateios e identificar os produtos com maior ou menor margem de contribuição a oferecer (NASCIMENTO, 2001).

O aumento e a variedade de intervenções e tecnologias em saúde têm exigido dos gestores maior atenção. Eis então que surge a avaliação econômica em saúde como aliada importante para gestores e profissionais da saúde do SUS, uma vez que as restrições orçamentárias e de recursos humanos impõem decisões complexas e demandam a sistematização de evidências sobre custos e resultados em saúde, questão fundamental para a tomada de melhores decisões quanto aos investimentos a serem feitos. Com imparcialidade e confiabilidade na implantação de novas tecnologias, devidamente embasadas pelo uso de evidências de boa qualidade e respaldando cientificamente as políticas públicas (SILVA; SILVA; PEREIRA, 2016).

No que tange especificamente à oferta de fórmulas nutricionais especiais para crianças com APLV, a importância dos estudos de avaliação econômica fica evidente na

pesquisa realizada pela CONASS, a qual permitiu que o Ministério da Saúde estimasse o impacto orçamentário das Secretarias Estaduais de Saúde em R\$ 79.631.103,17 no primeiro ano de incorporação e de R\$ 659.212.776,41 em cinco anos de incorporação.

Sendo assim, pensar na redução da judicialização também reflete em economia para o poder judiciário, uma vez que, segundo o relatório Justiça em números (2019), em 2018, o custo do serviço da justiça foi de R\$ 449,53 por habitante. Este relatório aponta ainda que as despesas totais do Poder Judiciário correspondem à 1,4% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, ou à 2,6% dos gastos totais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Com relação à assistência jurídica gratuita, Pernambuco gasta 0,03% da sua despesa total por tribunal e com isso consegue assistir 4.597 a cada 1000 habitantes por tribunal (BRASIL, 2019).

Fink (2009) avaliou o primeiro e o terceiro ano da implantação de um centro de referência para assessoria em fórmulas nutricionais especiais e constatou impacto positivo tanto para os usuários, quanto para o serviço. Pois, além de melhorar sua abrangência de cobertura, proporcionou à SES do Rio Grande do Sul 28% de redução dos custos com fornecimento de fórmulas e a diminuição significativa dos casos judicializados.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de avaliação econômica parcial em saúde, pois se dedicou à descrição dos custos diretos do fornecimento de fórmulas nutricionais para crianças com Alergias à Proteína do Leite de Vaca.

A estimativa dos custos foi realizada de acordo com as etapas preconizadas pelas Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde e após identificação dos itens optou-se pelo método de custeio direto (BRASIL, 2014a).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na SES PE e na SMS Recife.

Na SES PE, todo o fornecimento destas fórmulas se dá por demanda judicial. O primeiro contato foi feito com o Núcleo de Ações Judiciais - NAJ, o qual foi criado em maio de 2014 para atender de forma ágil as demandas que chegam, por meio da justiça, por acesso a medicamentos, insumos e equipamentos, internações, próteses e órteses, dentre outros tratamentos na rede pública. Também foram obtidas informações junto à Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS), a qual atua no âmbito estadual, em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAM), que integra os esforços por meio de um conjunto de políticas públicas que propõem: respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. As informações referentes à rede estadual de assistência foram obtidas com a Gerência de Regulação Ambulatorial (GRAMB) que, junto às Centrais Macrorregionais, é responsável pelo processo regulatório do estado.

A SMS Recife foi tomada como referência por dispor do Programa Criança Sensível para fornecimento de fórmulas nutricionais especiais por via administrativa desde 2012. O estudo foi acolhido pela Gerência de Assistência Farmacêutica, a qual desenvolve ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, tendo como objetivo a ampliação do acesso e a racionalidade do seu uso. Sua atuação é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

4.3 Coleta de dados

O período de coleta de dados ocorreu entre Dezembro/2019 e Fevereiro/2020.

Na SES PE, por não dispor de programa específico para o fornecimento de fórmulas por via administrativa, os dados foram obtidos no NAJ/SES PE a partir de planilha de consolidação dos dados do serviço e do e-Fisco, sistema responsável pela arrecadação de tributos do estado. Como as informações referentes à 2019 ainda não estavam consolidadas em planilha no período de coleta de dados, as informações referentes ao período foram retiradas apenas do e-Fisco.

Foram calculados os custos da Judicialização de Fórmulas nutricionais para crianças com APLV. E para atender ao objetivo geral da pesquisa, os demais itens de custo definidos foram: recursos humanos, transporte de profissionais e aquisição das fórmulas nutricionais adequadas para os casos de APLV.

As informações referentes aos profissionais existentes na rede estadual foram obtidas na Gerência de Regulação Ambulatorial do estado. O que possibilitou visualizar os possíveis serviços de referência em cada Gerência Regional de Saúde (GERES), já que a implantação desse tipo de programa demandará assistência especializada à saúde das crianças com APLV, possibilitando que estas sejam atendidas por serviços que compõem a rede estadual de saúde e que estejam localizados o mais próximo possível dos seus municípios de residência.

As informações relacionadas às unidades de referência das farmácias da rede estadual foram obtidas através de conteúdo digital disponibilizado pela Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica.

Na SMS Recife, os dados referentes ao fornecimento de fórmulas por meio do Programa Criança Sensível foram extraídos do HÓRUS, um Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, implantado no município. Apesar do Programa Criança Sensível, a SMS Recife registrou pedidos de fórmulas por via judicial, o que se justificou pela indisponibilidade de marcas específicas prescritas pelos médicos de referência. A obtenção dessas informações sobre demanda judicial se deu por meio de planilhas consolidadas pela Gerência Farmacêutica do Município. Sendo definido como item de custo as fórmulas nutricionais para APLV fornecidos aos demandantes, seja por via administrativa ou por via judicial.

Para estimar os custos da implantação de um programa de fornecimento de fórmulas, o cálculo do consumo das fórmulas no período de um ano foi baseado na

cobertura dos serviços específicos, para crianças de 0 a 2 anos com APLV, indicada pelo Ministério da Saúde (2014b) como sendo de 0,7% da população total de Estados ou Municípios. No caso do programa proposto para a SES PE essa cobertura foi calculada considerando a população de 0 a 2 anos de 179 municípios, excluindo-se as crianças de 0 a 2 anos residentes nos municípios com programa equivalente instituído, sendo o caso de: Recife, Olinda, Jaboatão, Paulista, Caruaru e Petrolina.

O número de latas foi estimado tendo por base o cálculo de padrão de consumo estabelecido pelo Ministério da Saúde (2018). Este orçamento foi solicitado pela CSANS/SES PE para uma das empresas que atualmente fornece todos os tipos de fórmulas adquiridas pela SES PE.

Para a execução das atividades de implantação do programa de fornecimento de fórmulas, identificou-se que a equipe mínima necessária deve ser composta por coordenadora, técnico (a) e motorista. E, para estimar os custos com recursos humanos, tomou-se por base o salário bruto dos profissionais que já compõem o quadro funcional da instituição (coordenadora e motorista) e projetou-se a contratação de um técnico graduado em nutrição, por meio de empresa terceirizada, tipo de contratação mais praticada pela SES PE. Assim, o cálculo das estimativas foi baseado em documentos como contracheques, atas de registro de pregão eletrônico e pesquisa de preços comerciais praticados na época em que se deu a fase de coleta de dados da pesquisa.

Para o cálculo do custo com diárias considerou-se, inicialmente, um dia de atividade em cada GERES. Optando-se por calcular o custo médio, tendo em vista a diferença nos valores das diárias pagas, podendo ser parciais ou totais.

Para o cálculo com deslocamento foi considerado o meio de transporte utilizado, capacidade do tanque de combustível, tipo e preço de combustível e distância percorrida em Km (veículo) e preço da passagem (avião). Da I à IV GERES foram calculados os custos de ida e volta, tendo como referencial a SES PE, localizada no bairro do Bongü/Recife/PE, como ponto de partida e de chegada. Da V à XII GERES os cálculos de custo de deslocamento foram feitos baseados em um roteiro de visita à municípios adjacentes para otimização de tempo e recursos, uma vez que são distâncias muito grandes para ir e voltar no mesmo dia (APÊNDICE A).

4.4 Tratamento dos dados

Os dados de custo foram consolidados e analisados em planilhas do Microsoft Excel[®], possibilitando elaboração de cálculos e tabelas de forma segura e organizada.

Para análise dos custos, optou-se pelo método de custeio direto, com o intuito de apoiar o processo de tomada de decisão do serviço. Neste método não é necessário nenhum tipo de rateio. Sendo este método de custeio apropriado para análise de bens e serviços por meio de medidas de consumo, como por exemplo: mão de obra direta, material e medicamentos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

Faz-se necessário informar que todos os custos, referentes a período superior a um ano, foram ajustados segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) por meio da Calculadora do cidadão, instrumento disponibilizado pelo Banco Central do Brasil (BCB).

4.5 Considerações éticas

O presente projeto intitulado: “Da Judicialização à implantação do programa de fornecimento de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Análise de custos”, está vinculado ao projeto intitulado “Avaliação da Judicialização no Estado de Pernambuco - Entre o direito à Saúde e os limites econômicos: Um estudo qualitativo e de custo”, com coordenação da Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva, professora adjunta do bacharelado em Saúde Coletiva da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória e vice coordenação da Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, Parecer nº 2.816.364/2018; CAAE: 91352017.5.0000.5208, tendo sido submetido à anuência e aprovado pela Secretaria Executiva da Gestão de Trabalho e Educação em Saúde da SMS Recife e da SES PE.

5 RESULTADOS

As tabelas 01 e 02 apresentam os custos do fornecimento de fórmulas nutricionais judicializadas para crianças com APLV, entre os anos de 2014 e 2019, pela SES PE e pela SMS Recife, respectivamente.

Na Tabela 01 é possível observar que o PREGOMIN apresentou maior número de latas fornecidas entre 2014 e 2019, somando um total de 13.001 latas, ante 6.103 latas de NEOCATE e 2.762 latas de APTAMIL. As demais fórmulas demandas, juntas somam 2.789 latas.

Tabela 01 – Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Número de pacientes, número de latas e custos totais por ano – SES PE

ANO	APTAMIL PEPTI				PREGOMIN			
	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total
2014	4	744	31,82	23.676	11	4032	76,40	308.064
2015	1	530	36	19.080	1	2500	80	2000.000
2016	2	780	40	31.200	2	2700	80	216.000
2017	3	648	63,11	40.896	11	3032	95,29	288.924
2018	1	60	48	2.880	2	239	97,20	23.232
2019	-	-	-	-	5	498	99,72	49.661,04
TOTAL	11	2762	-	117.732	32	13001	-	1.085.881,04

ANO	NEOCATE				APTAMIL PREMIUM			
	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total
2014	-	-	-	-	-	-	-	-
2015	2	940	128	120.320	-	-	-	-
2016	4	1359	166,39	226.126,80	-	-	-	-
2017	19	2151	192,60	414.283,20	-	-	-	-
2018	4	1039	195,10	202.713,60	1	48	19,20	48
2019	8	614	183,87	112.899,84	-	-	-	-
TOTAL	37	6103	-	1.076.343,44	1	921,60	-	921,60

ANO	APTAMIL SOJA				NAM SEM LACTOSE			
	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total
2014	-	-	-	-	4	204	29,98	6.115,80
2015	-	-	-	-	-	-	-	-
2016	2	49	21,96	1076	-	-	-	-
2017	1	24	20	480	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	1	48	26,72	1.282,56	1	192	48,92	9.392,64
TOTAL	4	121	-	2.838,56	5	396	-	15.508,44

ANO	NEO ADVANCE				NEO FORTE			
	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total	N. Pct	N. Lata	R\$ unid	R\$ total
2014	-	-	-	-	-	-	-	-
2015	2	940	128	120.320	-	-	-	-
2016	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	3	1212	163,43	198.072	1	48	196	9408
2018	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	-	-	-	-	1	24	192	4608
TOTAL	5	2152	-	318.392	2	72	-	14016

Fonte: SES PE

Na tabela 02 é possível observar registro de casos de judicialização demandando fórmulas nutricionais na SMS Recife, apenas a partir 2017, o que, segundo a Gerência Farmacêutica da SMS Recife, se justifica pelas restrições imposta pelo Programa Criança Sensível, que, até então, fornecia outros tipos de fórmulas, para outras doenças, utilizando o mesmo processo administrativo do programa. Por este motivo, quando comparados aos dados da SES PE, entre 2017 e 2019 é possível observar que a SMS Recife ofertou 378 latas ao custo total de R\$ 34.243,62, para atender 4 usuários. Enquanto a SES PE forneceu 9877 latas, ao custo de R\$ 1.359.654,08, beneficiando 62 usuários.

Tabela 02 – Judicialização de fórmulas nutricionais Programa Criança Sensível: Número de pacientes, número de latas e custos totais por ano – SMS Recife

ANO	APTAMIL			NAN			ALFAMINO			TOTAL		
	Nº pct*	Nº lata	R\$	Nº pct	Nº lata	R\$	Nº pct	Nº lata	R\$	Nº pct	Nº lata	R\$
2017	-	-	-	1	72	3.609	-	-	-	1	72	3.609,36
2018	1	72	5.921	-	-	-	1	120	17.140	2	192	23.062,08
2019	1	114	7.572	-	-	-	-	-	-	1	-	7.572,18
TOTAL	2	186	13.493	1	72	3.609	1	120	17.140	4	378	34.243,6

Fonte: SMS RECIFE/ *Abreviação da palavra paciente

Na tabela 03 é possível comparar o custo médio anual da unidade das fórmulas mais demandadas na SES PE , por meio de judicialização e na SMS Recife, por meio do Programa Criança Sensível. Observa-se que a SMS Recife apresenta custo inferior comparada à SES PE. Observa-se também que o NEOCATE, em ambas as secretarias, teve a unidade com maior custo médio, sendo precedido por PREGOMIN e APTAMIL, respectivamente.

Tabela 03 – Judicialização SES PE x Programa Crianças Sensível SMS Recife: Custo médio da unidade da fórmula com 400 gramas, por ano.

ANO	APTAMIL P.		NEOCATE		PREGOMIN	
	SES PE	SMS REC	SES PE	SMS REC	SES PE	SMS REC
2014	42,21	23,36	-	164,96	92,96	100,39
2015	43,93	21,94	159,52	157,55	115,17	77,90
2016	35,18	20,19	173,02	143,23	91,65	95,83
2017	53,58	19,77	211,65	141,04	105,03	97,88
2018	35,51	21,10	203,81	155,04	133,05	110,81
2019	28,17	29,36	118,00	145,05	102,55	110,04
TOTAL	39,76	22,62	173,20	151,15	106,73	98,80

Fonte: SES-PE e SMS Recife

A tabela 04 apresenta o custo médio da unidade das fórmulas demandadas por via judicial à SMS Recife. Nesta, é possível observar que dentre os três tipos de fórmulas demandadas, o ALFAMINO apresenta maior custo, seguido pelo APTAMIL e o NAN, respectivamente. Dos três tipos de fórmulas judicializadas, apenas o APTAMIL faz parte do rol de fórmulas fornecidas pelo programa da SMS Recife.

Tabela 04 - Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV: Custo médio da unidade por ano para a SMS Recife

ANO	APTAMIL	NAN	ALFAMINO
2017	-	50,13	-
2018	82,24	-	142,84
2019	67,79	-	-
TOTAL	75,01	50,13	142,84

Fonte: SMS Recife

A tabela 05 demonstra que a fórmula mais ofertada pela SMS Recife, por meio do Programa Criança Sensível entre 2014 e 2019, foi o NEOCATE, 44.927 latas, que assim como para a SES PE, tem maior custo médio se comparado às demais fórmulas. O PREGOMIN vem em seguida com 41.250 latas e por fim o APTAMIL com 14.577 latas fornecidas. Nos dados referentes ao ano de 2015 é possível observar uma queda no número de latas fornecidas, com exceção do NEOCATE. Segundo a responsável pelo programa, tal fato justifica-se por questões administrativas junto ao fornecedor.

Se comparados a 2014, é possível observar comportamentos diferentes no fornecimento de cada fórmula. O número de latas de APTAMIL, entre 2016 e 2018, se apresentou em tendência decrescente com retomada de crescimento em 2019, mas ainda assim inferior ao fornecido em 2014; já o NEOCATE em 2015 teve maior número de latas fornecidas se comparado à 2014, com diminuição no número de latas fornecidas em 2016, que voltou a aumentar em 2017 e seguiu a mesma tendência em 2018 e 2019. É possível observar números inferiores aos de 2014 no fornecimento de latas de PREGOMIN entre 2016 e 2018, com uma retomada de aumento em 2019.

Tabela 05 - Custo total das fórmulas ofertadas pelo Programa Criança Sensível da SMS Recife por ano.

ANO	APTAMIL PEPTI				PREGOMIN			
	N.Pct	N. latas	R\$ unid	R\$ total	N.Pct	N. latas	R\$ unid	R\$ total
2014	35	9028	23,68	213.770	145	7197	100,61	724.069
2015	14	34	22,62	769	57	5635	70,60	397.797
2016	17	1352	20,19	27.299	72	5047	92,20	465.327
2017	19	883	19,44	17.165	81	6033	97,27	586.812
2018	24	761	21,10	16.061	101	6042	105,50	637.441
2019	41	2519	30,70	77.344	174	11.308	111,40	1.259.667
TOTAL	150	14.577		342.411	630	41.262	-	4.071.115

ANO	NEOCATE				TOTAL		
	N.Pct	N. latas	R\$ unid	R\$ total	N.Pct	N. latas	R\$ total
2014	75	5340	161,43	862.061	255	21565	1.799.900
2015	30	6042	157,67	952.645	100	11711	1.351.211
2016	38	4857	142,84	693.779	127	11256	1.186.405
2017	42	5800	141,04	818.025	142	12716	1.422.002
2018	53	9152	140,47	1.285.574	178	15955	1.939.076
2019	90	13.736	140,64	1.931.828	305	27.563	3.268.839
TOTAL	327	44.927	-	6.543.914	1107	100.754	10.957.440

Fonte: SMS RECIFE

Assim como ocorreu na SES PE, APTAMIL foi a fórmula menos ofertada pela SMS Recife, como é possível observar na Tabela 05, e a que teve menor custo, como é possível observar na Tabela 06.

A forma e o volume de compra, embora busquem atender a mesma demanda, percorreram caminhos diferentes, fazendo com que o custo médio da unidade de cada tipo de fórmula seja inferior para as compras realizadas pela SMS Recife, por meio do Programa Criança Sensível, se comparado com o custo médio para a SES PE. As fórmulas mais demandadas em ambas as Secretarias de Saúde foram, basicamente, APTAMIL, NEOCATE e PREGOMIM. E, dentro do período estudado, o custo médio dos respectivos produtos para a SMS Recife foi, tal como descrito na tabela 06, de: R\$ 22,62; R\$ 151,15; R\$ 98,80. Enquanto para a SES PE foi, tal como descrito na tabela 03, de: R\$ 39,76; R\$ 173,20; R\$ 106,73.

Tabela 06 - Custo médio das fórmulas do Programa Criança Sensível por ano

ANO	APTAMIL	NEOCATE	PREGOMIN
2014	23,36	164,96	100,39
2015	21,94	157,55	77,90
2016	20,19	143,23	95,83
2017	19,77	141,04	97,88
2018	21,10	155,04	110,81
2019	29,36	145,05	110,04
TOTAL	22,62	151,15	98,80

Fonte: SMS Recife

A tabela 07 apresenta o custo de cada uma das instituições por paciente no que se refere apenas ao fornecimento de fórmulas e, embora o percentual varie entre os anos, é possível observar que para a SMS Recife cada usuário tem um custo inferior se comparado ao demandante da SES PE. Os cálculos foram realizados considerando o custo total da instituição com relação ao número de pacientes atendidos por ano.

Tabela 07 - Judicialização de fórmulas nutricionais para crianças com APLV na SES PE e na SMS/Recife: Custo médio de cada usuário por ano e por mês

SES/PE			SMS/RECIFE	
ANO	ANO	MÊS	ANO	MÊS
2014	17.781,88	1.481,82	7.058,43	588,20
2015	76.620,00	6.385,00	13.512,11	1.126,01
2016	47.440,28	3.953,36	9.341,77	778,48
2017	25.054,29	2.087,86	10.014,10	834,51
2018	28.718,40	2.393,20	10.893,69	907,81
2019	11.115,26	926,27	10.717,50	893,13

Fonte: SES PE e SMS Recife

A tabela 08 apresenta dados referentes ao orçamento de fórmulas nutricionais para o primeiro ano de fornecimento do programa proposto para a SES PE. Sendo possível observar que, naturalmente, os custos com o fornecimento das fórmulas serão superiores uma vez que irá beneficiar maior número de crianças. No entanto, o custo unitário da lata é inferior, se comparado à SMS Recife e à SES PE em anos anteriores. O que sugere uma melhor gestão de recursos.

Tabela 08 – Orçamento de fórmulas nutricionais para o primeiro ano do programa SES/PE/ 2020

ANO	TIPO	NÚMERO DE CRIANÇAS	Nº LATA/ ANO	PREÇO (R\$) UNIDADE	PREÇO (R\$) TOTAL	CUSTO POR PACIENTE (R\$) / ANO	CUSTO POR PACIENTE (R\$) / MES
2020	APTAMIL	478	38.827	26	1.009.502	2.111,93	175,99
	PREGOMIN	787	74.102	73	5.409.446	6.873,50	572,79
	NEOCATE	84	7.900	120	948.000	11.285,71	940,48
	TOTAL	1.349	120.829	-	7.366.948	5461,04	455,09

Fonte: Tecnovida – Material médico hospitalar.

Na tabela 09 são apresentados os salários brutos dos profissionais da SES PE envolvidos na capacitação, direta e indiretamente. E, na tabela 10, as diárias pagas para o deslocamento destes.

Tabela 09 – Salário bruto dos profissionais envolvidos na capacitação SES PE

ANO	COORDENADORA	TÉC. NUTRI	MOTORISTA	TOTAL
2020	6.324,46	2.965,08	3.950,24	13.239,78

Fonte: SES PE

Tabela 10 – Valores em reais (R\$) das diárias dos profissionais envolvidos na capacitação SES PE

ANO	TIPO DE DIÁRIA	COORDENAÇÃO	TÉC. NUTRIÇÃO	MOTORISTA
2020	PARCIAL	17,52	17,52	71
	TOTAL	54,01	54,01	71

Fonte: SES PE

Na tabela 11 é apresentado o custo médio diário da disponibilidade dos profissionais para a realização das capacitações em cada GERES.

Tabela 11 – Custo médio dos profissionais em reais (R\$) para a capacitação nas Regionais de Saúde

ANO	TIPO	CUSTO DIA (R\$)	CUSTO TOTAL 12 DIAS (R\$)
2020	COORDENADORA	246,57	2.958,84
	TÉCNICA	134,60	1.615,26
	MOTORISTA	202,67	2.432,04
	TOTAL	583,84	7.006,14

Fonte: SES PE

Na tabela 12 é apresentado o custo com transporte para a realização das capacitações na regionais de saúde de Pernambuco. No apêndice A é possível observar, de forma mais detalhada, informações referentes ao custo com deslocamento para treinamento nas GERES.

Tabela 12 - Custo em reais (R\$) do transporte utilizado nas capacitações

ANO	MEIO DE TRANSPORTE	CAPACIDADE DO TANQUE (L)	MÉDIA DE DESEMPEÑO	TIPO DE COMBUSTÍVEL / PASSAGEM	VALOR (R\$)	KM DE CARRO	CUSTO
2020	PASSEIO	50	13,3 Km/L	Gasolina	4,49	822	277,50
	CAMINHONETE (PICK UP)	80	9 Km/ L	Diesel	3,99	4836	2.143,96
	AVIÃO	-	-	Tarifa Econômica	645 p/pessoas	2 Passagens	1290
TOTAL						5.658	3.711,46

Fonte: SES PE

A tabela 13 apresenta o custo total envolvido nas ações de implantação do programa de distribuição de fórmulas nutricionais especiais no Estado de Pernambuco.

Tabela 13- Custo total em reais (R\$) da implantação do programa

ANO	MEIO DE TRANSPORTE (R\$)	PROFISSIONAIS (R\$)	TOTAL (R\$)
2020/ 2021	3.711,46	7.006,14	10.717,60

Fonte: SES PE

O quadro 04 apresenta as unidades de referência para diagnóstico, acompanhamento e fornecimento de fórmulas específicas para crianças com APLV nas regionais de saúde do estado de Pernambuco. Verifica-se que em todos os municípios do Agreste e em alguns municípios do Sertão a especialidade de gastroenterologista é regulada apenas nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE).

Neste quadro é possível observar que os usuários advindos da III GERES serão acompanhados por Nutricionista no Hospital Otávio de Freitas, tendo em vista ausência do serviço da regional. Da mesma forma acontece com a XII regional de saúde que tem como referência a assistência farmacêutica da I regional, a unidade metropolitana.

Quadro 04 – Unidades de referência e tipo de atendimento às crianças com APLV por Geres, na rede estadual de saúde de Pernambuco

GERES	MUNICÍPIOS	FARMÁCIA DE REFERÊNCIA	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	UNIDADE DE SAÚDE
I	Recife	Unidade Metropolitana	Gastroenterologis ta	Hospital Otávio de Freitas
			Nutricionista	
II	Limoeiro	Unidade Agreste Setentrional	Gastroenterologis ta	UPAE* Limoeiro
			Nutricionista	Hospital Regional José Fernandes Salsa
III	Palmares	Unidade Mata Sul	Gastroenterologis ta	Hospital Otávio de Freitas
			Nutricionista	Hospital Regional Doutor Silvio Silvio Magalhães

GERES	MUNICÍPIOS	FARMÁCIA DE REFERÊNCIA	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	UNIDADE DE SAÚDE
IV	Caruaru	Unidade Agreste	Gastroenterologista	UPAE* Caruaru
			Nutricionista	Hospital Regional do Agreste Waldemiro Ferreira
V	Garanhuns	Unidade Agreste Meridional	Gastroenterologista	UPAE* Garanhuns
			Nutricionista	Hospital Regional Dom Moura
VI	Arcoverde	Unidade Sertão do Moxotó	Gastroenterologista	UPAE* Arcoverde
			Nutricionista	Hospital Regional Ruy de Barros Correia
VII	Salgueiro	Unidade Sertão Central	Gastroenterologista	UPAE* Salgueiro
			Nutricionista	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	Petrolina	Unidade Sertão do São Francisco	Gastroenterologista	Hospital Regional Dom Malan
			Nutricionista	
IX	Ouricuri	Unidade Sertão do Araripe	Gastroenterologista	UPAE* Ouricuri
			Nutricionista	Hospital Regional Fernando Bezerra
X	Afogados da Ingazeira	Unidade Sertão do Pajeú	Gastroenterologista	UPAE* Afogados da Ingazeira
			Nutricionista	Hospital Regional Emília Câmara
XI	Serra Talhada	Unidade Sertão do Pajeú II	Gastroenterologista	Hospital Professor Agamenon Magalhães
			Nutricionista	
XII	Goiana	Unidade Metropolitana	Gastroenterologista	Hospital Policlínica Belarmino Correia
			Nutricionista	

Fonte: Elaboração pela autora com base na SES PE

*Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

6 DISCUSSÃO

Segundo resultados descritos anteriormente é possível observar que tanto as fórmulas demandadas judicialmente para a SES PE, quanto as fórmulas ofertadas pelo programa Criança Sensível da SMS Recife estão em total acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo o Relatório de recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS (BRASIL, 2017). Neste relatório as fórmulas nutricionais utilizadas na APLV são as fórmulas à base de soja (FS), à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) com ou sem lactose e à base de aminoácidos (FAA).

Entre 2014 e 2017, o PREGOMIM foi a fórmula que teve o maior número de latas fornecidas pela SES PE. Supondo maior demanda pela mesma e justificado pela indicação desse tipo de fórmula para 90% das crianças com APLV com até 6 meses de vida; 55 % das crianças maiores de 6 meses e até 12 meses; 45% das crianças maiores de 12 meses e até 24 meses. O NEOCATE é a segunda fórmula com maior número de latas fornecidas embora, segundo as orientações do Ministério da Saúde (2014b), seja indicada para apenas 10% das crianças com até 6 meses; 5% das maiores de 6 à 12 meses; 5% de 12 à 24 meses. O APTAMIL, apesar de recomendado para 40% das crianças entre 6 e 12 meses e para 50% das crianças entre 12 meses e 24 meses, se apresenta com menor número de latas fornecidas, o que pode ser motivado pelo índice de remissão, que segundo Solé et al. (2018b) é de 19% até os quatro anos de idade.

Os resultados apresentados anteriormente evidenciam que, embora tenha atendido um número superior de usuários, a SMS Recife, por meio do Programa Criança Sensível, obteve um custo médio mais baixo por usuário atendido em todos os anos avaliados, se comparado ao custo da judicialização da SES PE. Dessa forma uma possível solução para a melhor gestão dos recursos da saúde é a implantação de um programa que possa ofertar as fórmulas a nível estadual, o que já é preconizado pelo Ministério da Saúde, como uma das maneiras de prestar assistência qualificada. A proposta de estabelecer um fluxo de atendimento e capacitar os profissionais envolvidos é uma forma de vislumbrar o acolhimento da demanda desse usuário de maneira integral, universalizada e descentralizada, o que está totalmente de acordo com o Decreto 7508, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

No que tange às peculiaridades das crianças com APLV, refletindo, de forma macro, à luz da economia da saúde, a melhoria da qualidade de vida agregada a este tipo de iniciativa vai além do bem-estar geral do usuário, se visto de maneira integral. Reflete na família, na sociedade e passa pela gestão dos recursos da saúde, uma vez que o usuário com um quadro de saúde estável demandará cada vez menos dos serviços de urgência e emergência. Permitindo que a família retome sua rotina e possa, em muitos casos, retornar as suas atividades laborais anteriormente abandonadas.

Yonamine (2011) se debruçou sobre um estudo qualitativo acerca da percepção dos familiares de crianças com APLV e concluiu que as dificuldades na assistência, em lidar com a doença e suas restrições diariamente é o mais desgastante, segundo os relatos avaliados. No entanto, estes tipos de problemas pelos quais usuários e seus familiares passam não são mensuráveis e os custos disso são intangíveis, uma vez que é muito difícil tentar valorar monetariamente tudo que acontece no seio familiar desde os primeiros sintomas até o diagnóstico definitivo, perpassando também pela adaptação e adequação aos cuidados que esse tipo de alergia demanda. A autora também aborda questões relacionadas à importância da estruturação de serviços e qualificação de profissionais que possam acolher esse tipo de demanda de forma ampla em seus aspectos biopsicossociais.

Silveira (2016) compartilha desta mesma ideia ao referir que o estabelecimento e fortalecimento de políticas de saúde que permitam o diálogo entre as instituições jurídicas, políticas e sociais, representam um avanço institucional, tendo em vista a necessidade de assegurar aos magistrados subsídios que os auxiliem na solução eficiente das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública.

No presente estudo, ao comparar o custo por paciente entre as duas instituições envolvidas e verificar o menor custo da SMS Recife, a qual tem um programa de fornecimento de fórmula institucionalizado, é possível observar que a judicialização da saúde, no caso da SES PE, impõe gastos excessivos e não programados à administração pública, sem que os serviços públicos de saúde prestados à população sejam necessariamente de boa qualidade. Neste contexto, Buíssa et al. (2018) em seu ensaio, referem-se à judicialização como um meio legítimo de acesso, mas que deve ser entendido como um meio de conciliação entre os interesses individuais e coletivos, que deve levar ao aprimoramento de modelos e políticas antigas, fazendo-nos repensar o novo.

Cabe aqui destacar que a existência do Programa Criança Sensível na SMS Recife democratizou o acesso às fórmulas nutricionais e permitiu ao município maior organização orçamentária e logística. O que não impede que o município seja alvo de ações judiciais de fórmulas nutricionais diferentes das que se oferta normalmente. Segundo a Gerência de Assistência Farmacêutica do Município, isto justifica-se por questões administrativas e legais que em situações específicas se fizeram superiores ao que é normatizado pelo programa.

Assim é possível compreender a judicialização como uma via democrática de acesso ao direito fundamental da saúde e perceber que isto é fundamental não só para o fortalecimento das políticas e dos serviços públicos de saúde. Neste momento, compreender este fenômeno e saber dialogar com ele é também uma forma de mitigar as políticas de austeridade que fazem com que as pessoas adotem hábitos e posturas mais individualistas, distanciando-se do bem comum e da noção de coletividade. Contrariando o culto ao capital e à lógica privatista, que põe à prova a capacidade e a qualidade de gerenciamento do estado (SANTOS e VIEIRA, 2018).

Com relação à assistência às crianças com APLV, após o levantamento realizado, verificou-se que não haverá custo adicional para o Estado com o acompanhamento clínico dessas crianças, uma vez que já dispõe de rede própria para diagnóstico e acompanhamento com gastroenterologista e nutricionista em todas as GERES. Bem como rede própria de farmácia, distribuída por regional de saúde, viabilizando a prestação de um serviço descentralizado.

Dessa forma, os custos da SES PE com a implantação do programa serão, basicamente, com a atuação da equipe mínima necessária, vinculada à CSANS/SES PE, para implantação e monitoramento do programa e com a aquisição das mesmas fórmulas, por meio dos mesmos fornecedores, o que representa, além de economia de recursos, a capacidade de ampliação de oferta do produto para novos usuários beneficiados.

7 CONCLUSÃO

Em alguns casos a judicialização se apresenta como uma oportunidade do direito dialogar com a saúde e juntos promoverem mudanças sociais e institucionais, em prol de mais inclusão e melhores condições de saúde para a população. Por este motivo as discussões acerca da judicialização e suas possíveis soluções devem vir acompanhadas de estudos como este, que apontem soluções factíveis, vislumbrando o uso racional dos recursos da saúde.

Vislumbrar a implantação de um programa por meio de estimativas de custos é compreender que o direito à saúde deve ser exercido por meio de políticas públicas e em prol do fortalecimento destas, como principal estratégia para ofertar serviços de qualidade e efetivamente resolutivos para a população. Fazendo com que a judicialização continue sendo um dos mecanismos garantidores da saúde enquanto direito fundamental, sendo exercida de forma organizada, responsável e dialogada. Do contrário, tem potencial de não só comprometer o orçamento, mas também fomentar desigualdades e impor riscos à credibilidade da gestão e das políticas públicas destinadas à saúde.

Diante dos resultados obtidos, fica evidente a importância da avaliação dos custos para a tomada de decisões que sejam condizentes com uma gestão responsável e eficiente de recursos. Não necessariamente com a economia dos recursos da saúde, pois, como já foi referido anteriormente, o perfil demográfico e epidemiológico da população tende a demandar aumento progressivo de investimentos em saúde, elaboração e fomento de políticas públicas que garantam ao usuário acesso à produtos e serviços de saúde de forma universal, equânime e integral.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, MB, PALMA D, BATAGLIN T, TADDEI JAAC. **Custo da alimentação no primeiro ano de vida**. Rev. Nutr. 2007; 20(1):55-62.
- BARROSO, L.R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista Jurídica UNIJUS, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38, 2008. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. **Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde**. História, Ciências, Saúde -Manguinhos [online]. 2016, vol.23, n.1, pp.173-192.
- BRASIL. **Justiça em Números 2019**/Conselho Nacional de Justiça - Brasília: CNJ, 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf. Acesso em 25 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde**. 3. ed., 1. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 92 p.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acessada em 16 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_tecnologias_saude_2009.pdf. Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. **Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: DF. 1990a. “Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, acesso em: 17. Nov. 2018.

BRASIL. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990b. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 17. Nov. 2018.

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

BUÍSSA, L; BEVILACQUA, L; MOREIRA, F. H. B. B. **Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde**. Coletânea Direito à Saúde Volume 2 Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. 1ed. Brasília - DF: CONASS, 2018, v. 2, p. 26-50.

CASTELO, F. A.; LEITE, R. S.; LOPES, F. A. M. **O restabelecimento do pacto federativo na judicialização da saúde: a paralisia da União e o julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178 pelo Supremo Tribunal Federal**. CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO, v. 8, p. 70-88, 2019.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 17. Nov. 2018.

CORRÊA, L. **Direito à alimentação, políticas públicas e restrições alimentares:** entre a invisibilidade e o reconhecimento. Juiz de Fora, MG: Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

CORTEZ, A.P.B et al. **Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente.** Rev. Paul Pediat. 2007;25(2):106-13.

DEL NERO, C. R. **O que é Economia da Saúde.** In: Sergio Francisco Piola; Solon Magalhães Vianna. (Org.). O que é Economia da Saúde. 3ed.Brasília: IPEA, 2002, v. 1, p. 5-23.

FERRAZ, O. L. M. **Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil.** Revista Direito GV, v. 15, n. 3, set. /dez. 2019.

FERRAZ, O. L. M; VIEIRA, F. S. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade:** os riscos da interpretação judicial dominante. Dados (Rio de Janeiro), v. 52, p. 223-251, 2009.

FINK, J. S. **Criação e implantação de um centro de referência em fórmulas nutricionais especiais no Rio Grande do Sul:** avaliação do impacto sobre o atendimento aos usuários e custos do estado. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

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

MEDICE, A. C. **Judicialização, integralidade e financiamento da saúde.** Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, v. 15, 2010.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. D. C. G; SILVA, A. L. A. D. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** Saúde Soc. 2017; 26:329-35.

MORAES, P. G. P. **Os passos do SUS:** do apogeu à falência. A Judicialização da Saúde. In: SANTOS, A. O; LOPES, L. T. (Org.). Coletânea Direito à Saúde. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass, 2018. v. 2, p. 87-92.

NASCIMENTO, J. M. **Custos:** planejamento, controle e gestão na economia globalizada. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

NASCIMENTO, J. M. **O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde:** do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo. 2019. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2019.

MARCHESINI STIVAL, S. L.; GIRÃO, F. **A judicialização da saúde:** breves comentários. Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário, v. 5, 2016.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1

PAIM, J.S; SILVA, L.M. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS. Bol. Inst. Saúde. 2010;12(2):109-14.

PAIXÃO, A. L. S. **Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2167-2172, 2019.

PEREIRA, S. P. D. **A Efetivação do Direito à Saúde no contexto da Judicialização da Política Pública**. In: SANTOS, A. O; LOPES, L. T. (Org.). Coletânea Direito à Saúde. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass, 2018. v. 2, p. 108-118.

PEREIRA, T. N. et al. **Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil**. Demetra, v. 9, supl. 1, p. 201, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/download/10504/9729>. Acesso em 11 de Março de 2021.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2003.

SANT'ANA, R. N. **Saúde, Desigualdade e Judicialização: vamos ou não vamos dar instrumentos para a insurgência dos excluídos?** In: SANTOS, A. O; LOPES, L. T. (Org.). Coletânea Direito à Saúde. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass, 2018. v. 2, p. 76-86

SANTOS, I. S; VIEIRA, F. S. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2303-2314, 2018.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp.580-588.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. (2019). **O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica**. *Physis: revista de saúde coletiva*, 29(1), e290102. doi:10.1590/s0103-733120192901

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. **Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 1-10, 2016.

SILVEIRA, D. C. M. **Alergia à proteína do leite de vaca: da burocratização do fornecimento gratuito de fórmulas alimentares a judicialização excessiva**. 2016.

Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2016.

SOLÉ, D. et al. **Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte I – Etiopatogenia, clínica e diagnóstico.** Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 7-38, 2018a.

SOLÉ, D. et al. **Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 – Parte II – Diagnóstico, tratamento e prevenção.** Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 39-82, 2018b.

SOUZA, R. R. **Políticas e práticas de saúde e equidade.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007; 41(Esp):765-70.

STOTZ, E. N; ARAÚJO, J. W. G. **Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

YONAMINE, G. H. **Percepção dos familiares de pacientes com alergia ao leite de vaca em relação ao tratamento.** 2011. Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina de São Paulo. Programa de Pediatria. São Paulo, 2011.

APÊNDICE A - DADOS REFERENTES AO DESLOCAMENTO PARA TREINAMENTO DETALHADO POR GERES/SES PE

GERES	DISTÂNCIA	IDA E VOLTA KM	CARRO	COMBUSTÍVEL	CAPACIDADE	KM/L	PREÇO	TOTAL (L)	TOTAL R\$
I	5	10	PASSEIO	GASOLINA	50	12,5	4,54	0,80	3,63
II	83	166	PASSEIO	GASOLINA	50	14,1	4,54	11,77	53,45
III	122	244	PASSEIO	GASOLINA	50	14,1	4,54	17,30	78,56
IV	136	272	PASSEIO	GASOLINA	50	14,1	4,54	19,29	87,58
RECIFE- V	231	231	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	25,67	97,02
V-VI	91	91	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	10,11	38,22
VI-RECIFE	255	255	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	28,33	107,1
VII-RECIFE	513	513	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	57,00	215,46
VIII	713	1426	AVIÃO	DUAS PASSAGENS	X	X	645*	X	1290,00
VIII – IX – VIII	213	426	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	47,33	178,92
RECIFE-X	378	378	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	42,00	158,76
RECIFE – X	380	380	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	42,22	159,60
X-XI	83	83	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	9,22	34,86
XI-VII	100	100	CAMINHONETE	DIESEL	80	9	3,78	11,11	42,00
XII	65	130	PASSEIO	GASOLINA	50	14,1	4,54	9,22	41,86

*PESQUISADO EM 27/01 PARA 16 A 18/09/202 Fonte: Elaboração própria