

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

VÂNIA MARIA SILVA DE MORAES

**ANÁLISE DOS GASTOS COM AÇÕES JUDICIAIS NA SECRETARIA DE SAÚDE
DO ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2014**

RECIFE

2016

VÂNIA MARIA SILVA DE MORAES

ANÁLISE DOS GASTOS COM AÇÕES JUDICIAIS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO
ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2014

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.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Melo Filho

Recife

2016

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

M827a Moraes, Vânia Maria Silva de
Análise dos gastos com ações judiciais na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco no ano de 2014 / Vânia Maria Silva de Moraes. - 2016.
53 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Melo Filho.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.
Inclui referências e apêndices.

1. Custas judiciais. 2. Economia da saúde. 3. Direito a saúde. I. Melo Filho, Paulo Guilherme (Orientador). II. Título.

336 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2016 – 138)

VÂNIA MARIA SILVA DE MORAES

Avaliação dos Gastos com Ações Judiciais na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 01/09/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Roberta de Moraes Rocha (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr.^a. Máisa Cavalcanti Pereira (Examinador externo)
Prefeitura da cidade do Recife

Dedico esta dissertação ao meu esposo Ademilton Ferreira e, às minhas filhas Taciana Moraes e Júlia Moraes que sempre confiaram no meu potencial em todas as circunstâncias, proporcionaram-me acreditar na realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de vida, por sempre cuidar de mim, me abençoar, por tudo de bom que acontece em minha vida como essa oportunidade de aprendizado e por ter me concedido ajuda necessária para finalização desse estudo.

A toda minha família, por ser meu alicerce e por ter me proporcionado uma sólida base com amor, educação e diálogo. Cada um de vocês tem uma importância especial em minha vida.

Ao meu esposo, Ademilton Ferreira por ter dividido comigo momentos tão difíceis nesses dois anos. Obrigada pela compreensão e companheirismo.

Ao farmacêutico, Flávio Lago, Msc. em Gestão e Economia da Saúde do PPGGES-UFPE, pela base, dedicação e orientação para sequência deste estudo.

Ao amigo Izidoro Tavares, que, com sua sabedoria de advogado e médico, pôde, nos momentos de indecisão, trocar experiências.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/SES-PE, em especial, o núcleo de ações judiciais, ao superintendente Geraldo Jorge Filho, e ao coordenador Diego Medeiros Guedes pelo apoio, dedicação, paciência, profissionalismo, gentileza e compreensão nos momentos de busca do banco de dados secundários do núcleo de ações judiciais.

Às amigas e enfermeiras Cristina Bravo, Adriana Beltrão, e ao Sr. Rogerio Vieira, que com os seus conhecimentos do sistema EFISCO e rede compras, orientou-me e conduziu-me à coleta dos dados necessários para este estudo.

Ao professor e orientador Dr. Paulo Melo, por sua dedicação, disponibilidade, confiança e gentileza na condução deste estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram perto de mim, colaborando de forma peculiar e individual nesta caminhada para chegar até tão grande conquista em minha vida.

À coordenação e aos professores, funcionários e monitores do Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde-PPGGES-UFPE que contribuíram e enriqueceram meus conhecimentos durante estes dois anos. Em especial, ao doutor Rodrigo Arruda, ao doutorando Inaldo Bezerra e ao mestrando Cleiton Farias.

Ao professor doutorando de Matemática José Mateus Queiroz Sousa, pela sabedoria, dedicação e paciência. Esteve presente nos momentos de dificuldade, ensino e aprendizado na disciplina de métodos estatístico e econométricos.

Aos nossos colegas de turma pela troca de experiências, pelas aprendizagens, e pelos momentos prazerosos e inesquecíveis que compartilhamos no decorrer do curso.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso, aprendemos sempre. ”

Paulo Freire

RESUMO

O presente estudo diz respeito à judicialização em Saúde. Tal conceito faz referência à procura do Judiciário para aquisição dos produtos e serviços de Saúde demandados e negados pelo SUS, seja por falta de previsão na RENAME, ou por ações orçamentárias escassas. É possível estabelecer que a judicialização atende, precipuamente, às necessidades individuais em detrimento das coletivas. Grosso modo, a desorganização da política de saúde e os recorrentes gastos dos recursos públicos ferem coletivamente a igualdade de acesso à Saúde Pública. Em contrapartida, a judicialização pode contribuir com avanços nas políticas públicas de Saúde, haja vista que as ações judiciais aceleram o processo de incorporação das novas tecnologias.

Ademais, procurou-se categorizar os gastos da assistência à Saúde para cumprimento das ações judiciais, estimando os gastos de medicamentos incorporados e não incorporados. Como resultado, os dados apontaram obstáculos ao planejamento e à gestão do orçamento público, dada a imprevisibilidade dos custos imposto pelas ações judiciais.

O estudo envolveu pesquisa documental, descritiva e retrospectiva. A coleta dos dados foi obtida por meio de bancos de dados do Núcleo de Ações Judiciais (NAJ-SES-PE) e, através do levantamento no sistema da rede compras de Pernambuco. Apresenta-se, ainda, uma estimativa dos gastos inerentes a medicamentos, insumos, alimentos e descartáveis. As despesas chegaram a um total de R\$ 18.675.403,07 (dezoito milhões seiscentos e setenta e cinco mil quatrocentos e três reais e sete centavos).

Palavras-chave: Judicialização. Direito a Saúde. SUS.

ABSTRACT

The present study categorizes health care expenditures to comply with lawsuits, estimating the expenses of incorporated and unincorporated drugs. It is possible to affirm that the judicialization serves to, mainly, the individual needs to the detriment of the collective ones. Roughly, the disorganization of health policy and the recurrent expenditure of public resources collectively hurt the equal access to Public Health. On the other hand, the judicialization can contribute with advances in the public Health policies, since judicial actions accelerate the process of incorporation of the new technologies. In addition, we categorized health care expenditures to comply with lawsuits, estimating the expenses of drugs incorporated and not incorporated. As a result, the data posed obstacles to the planning and management of the public budget, according to the unpredictability of the costs imposed by the lawsuits.

The judicialization in health refers to the demand of the judiciary for the acquisition of health products and services demanded and denied by the SUS, either due to lack of foresight in RENAME, or by scarce budgetary actions, becoming transparency of a deficient health system.

The study involved documentary, descriptive and retrospective research. The data collection was obtained by secondary banks of the judicial actions nucleus (NAJ-SES-PE), and the survey in the system of the shopping network of Pernambuco. An estimate of the expenses related to medicines, inputs, food and disposables is presented here, making an expense for the NAJ, SES-PE of R \$ 18,675,403.07 (eighteen million, six hundred and seventy-five thousand, four hundred and three reais and seven cents).

Keywords: Judiciary. Right to health. SUS.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Demonstrativo das Ações Judiciais. SES-PE. 2014. Recife, Pernambuco Brasil, 2014.....	24
Gráfico 2 - Demonstrativo de origem das demandas SES-PE. 2014. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	25
Gráfico 3 - Demonstrativo de medicamentos SUS, SES-PE. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	26
Gráfico 4 - Demonstrativo das Classes Terapêuticas, SES-PE. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	27
Gráfico 5 - Demonstrativo de origem das demandas dos Advogados, SES-PE, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	28
Gráfico 6 - Demonstrativo da estimativa de gastos referentes às ações judiciais, e outros componentes da assistência farmacêutica segundo classes-Item. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	29
Gráfico 7 - Demonstrativos dos gastos de medicamentos por classificação dos componentes da RENAME, referentes às ações judiciais. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	31
Gráfico 8 - Demonstrativos dos gastos de medicamentos por componentes da RENAME– Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	32
Gráfico 9 - Demonstrativos dos gastos de medicamentos não incorporado ao SUS Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativos do financiamento da saúde por classificação dos componentes da RENAME, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	19
Quadro 2 - Demonstrativos do financiamento da saúde por classificação dos componentes da RENAME, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	20
Quadro 3 - Demonstrativos dos pareceres da CONITEC para incorporação de medicamentos aos componentes da RENAME–Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	34
Quadro 4 - Demonstrativos dos pareceres da CONITEC para incorporação de medicamentos aos componentes da RENAME–Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AMB	Associação dos Magistrados Brasileiros
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico
CAP	Coeficiente de Adequação de Preços
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias
CF	Constituição Federativa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DDE	Detalhamento da Despesa por Elemento
DPPE	Defensoria pública de Pernambuco
DPU	Defensoria pública da União
ENM	Escola Nacional da Magistratura
FES-PE	Fundo Estadual de Saúde de Pernambuco
GERES	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MP	Ministério Público
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MPU	Ministério Público União

MS	Ministério da Saúde
NAJ	Núcleo de Ações Judiciais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicas e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PMC	Preço máximo ao consumidor
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES-PE	Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa	15
1.2	Objetivos.....	15
1.2.1	Objetivo geral	15
1.2.2	Objetivos específicos	15
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3	METODOLOGIA.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1	Características da Judicialização em Saúde do NAJ-SES-PE, 2014	24
4.2	Características dos gastos com a Judicialização em Saúde do NAJ-SES-PE, 2014	28
5	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE A - Banco de dados secundários referente à categorização dos produtos e serviços por classe	46
	APÊNDICE B - Banco de dados secundários por categorização de medicamentos conforme componentes da RENAME	51

1 INTRODUÇÃO

Não obstante constitua garantia aos cidadãos brasileiros (através da Constituição Federal de 1988), a Saúde e seus serviços correlatos não são plenamente cumpridos pelo Estado. Tal vivência acarreta definidas consequências, como a judicialização, que é um fenômeno crescente, fruto de um ambiente desordenado por demandas por produtos e serviços de saúde.

As ações judiciais são promovidas contra a União, Estados-membros e Municípios com o intuito de se obter acesso a medicamentos de alto custo ou tratamentos de alta complexidade, além de internações. A judicialização da Saúde estabelece um embate à lacuna do Estado em seu sentido mais genérico, pois se refere à ausência ou deficiência da prestação estatal, ou seja, como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associados à oferta (MACHADO, 2014).

Nesse contexto, a judicialização contribui para a desorganização da política de Saúde, uma vez que a intervenção judicial realoca recursos para uns, em detrimento de outros, e tende a causar maior impacto na política de Saúde. No entanto, o acolhimento às necessidades de melhorias no âmbito da saúde, incorporado ao conhecimento das normas que estruturam o SUS (Sistema Único de Saúde), podem ser considerados como assertivas positivas.

Segundo Pinheiro (2014), sob o ponto de vista da gestão eficiente, as demandas judiciais tendem a prejudicar as políticas de Saúde e impedem a alocação racional dos recursos, o que causa impacto no orçamento público e no bem-estar da população.

Ademais, as demandas judiciais provocam efeitos que afetam diretamente a programação orçamentária e financeira do Estado, uma vez que exigem uma estrutura paralela para seu atendimento e, conseqüentemente, terminam por afetar também a formulação de políticas e o provimento de outros bens e serviços sociais (FERRAZ, 2010).

Conforme o Decreto 7.508/11 e a Lei Complementar 12.401/12, o reflexo da judicialização é o acréscimo de gastos pelo Estado para cumprir as decisões. Em contrapartida, a judicialização pode incentivar mudanças institucionais importantes que contribuirão para o aprimoramento do SUS (CEBES, 2014).

Na concepção de Gebran (2015), a judicialização pode contribuir com avanços nas políticas públicas de Saúde ao obrigar a administração pública a se aperfeiçoar e a instituir novas políticas. Porém, a administração pública brasileira, de um modo geral, apresenta

excesso de regras e procedimentos, causando delonga na implementação das políticas públicas.

1.1 Justificativa

Diante da complexidade da judicialização da saúde, mister se faz ressaltar que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As políticas públicas visam à redução das doenças e de outros agravos, de modo igualitário e de acesso universal. O fenômeno da judicialização em saúde é desencadeado por falhas, insuficiência de recursos ou falta de cumprimento das políticas existentes, ao romper os princípios básicos do SUS, bem como comprometer o orçamento da saúde, o que gera impactos significativos.

Ao elencar os gastos com o processo de judicialização em Saúde e, o alto índice de produtos e serviços de saúde, projeta-se a importância de categorizar os produtos e serviços por classes-item. Assim, cabe aos gestores organizar o panorama da judicialização, de modo a resguardar a fragmentação do sistema em torno dos aspectos negativos e positivos.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar os gastos da SES-PE com ações judiciais por meio do núcleo de ações judiciais.

1.2.2 Objetivos específicos

- Construir subsídios sobre os gastos com judicialização da Saúde;
- Categorizar os gastos da assistência à Saúde, para cumprimento das ações judiciais;
- Estimar os gastos de medicamentos incorporados e não incorporados;
- Identificar as classes farmacológicas mais frequentes e os componentes da assistência farmacêutica que mais aloca recursos para atendimentos das demandas judiciais;
- Listar os gastos de todos os medicamentos não incorporados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O SUS pode ser definido como um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública; estruturado com princípios e diretrizes fundamentais: a universalidade de atendimento e alcance de suas ações; a integralidade; a descentralização e a participação da comunidade. Destarte, o SUS se projetaria como a maior política pública de inclusão social e a que mais persistiu no Brasil (CONASEMS, 2008).

Paim (2009) argumenta que antes da criação do SUS, o Estado Brasileiro não se manifestava com relação à saúde da população. Gravitando em torno do próprio indivíduo, cabia à sociedade cuidar da saúde. O intervencionismo estatal era cabível apenas em casos graves, que não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão ou que concebessem um risco de epidemia à população ou à economia. Com a ampliação do país e a concentração populacional nas grandes cidades, a Saúde, então, começa a figurar como uma questão social.

Nas palavras de Lucchese (2004), as políticas públicas consistem em conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente, ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados. No âmbito social, elas estabelecem as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Importa agora assinalar que as políticas públicas sempre tiveram o intuito de redarguir as reivindicações populares, de modo a cessar os protestos e as greves. Desta forma, formulou-se um novo conceito de saúde, estampado no artigo 196 da CF/1988:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e recuperação (BRASIL, 2006).

O SUS seria financiado, a partir de então, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). De tal modo, os Municípios devem gastar 15% (quinze por cento) de suas receitas com Saúde; os Estados, 12% (doze por cento). No caso da União, a execução financeira não pode ser inferior a 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (vide Emenda Constitucional nº 86, de 2015) (BRASIL, 2016).

A saúde é um direito universal e traz constantemente novos desafios para a sua efetivação. Em consequência, atente-se que o legislador tencionava ascender para a esfera da discussão sobre a gestão pública eficiente, de modo a garantir a toda população o direito à saúde sem prejuízos aos cofres públicos. Neste sentido, Asensi (2010) argumenta que proporcionar saúde à população é dever dos Municípios, Estados e da União, conforme menção na Lei nº 8.080/90 que regulamenta o SUS.

Conforme exposto acima, o SUS é um sistema de saúde pública que garante assistência gratuita a toda a população e governa com interfaces Federal, Estadual e Municipal. Ele é regido por princípios e diretrizes. Um dos princípios que o norteia é a regionalização, que orienta a descentralização das ações e dos serviços de saúde, além dos processos de negociação e da pactuação entre os gestores (GADELHA, 2010).

Tendo em vista que as regras estabelecidas pela EC nº 29 ainda não estão em vigor, os repasses financeiros do SUS são realizados fundo a fundo, de acordo com os seis departamentos operacionais da instituição. Apesar de não ter sido validada, a referida Emenda organizou os blocos de pagamento tomando como base os setores supracitados. Neste sentido, cada bloco é constituído de componentes específicos, relacionados às suas ações e serviços de saúde. Os recursos federais que dizem respeito a cada uma destas esferas de financiamento são transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal, fundo a fundo.

Os países que possuem sistemas nacionais de saúde gastam em média de 7% a 8,5% de seu Produto Interno Bruto (PIB) com a Saúde. No Brasil, a renda revertida para tal finalidade é de apenas 3,6%. Assim, constitui estafado lugar-comum afirmar que há evidências do mau investimento desses recursos. Contudo, entre os principais desafios a serem enfrentados pelo SUS está o modelo de financiamento. Uma vez que ele é subfinanciado, é premente a ausência de serviços de qualidade a todos os cidadãos; outrossim, emerge repleto de dificuldades no acesso a determinados procedimentos, como exames mais complexos e medicamentos com alto custo de produção (SANTOS, 2010).

Conforme bem pontua Borges (2007), quando liminares são concedidas para a aquisição imediata de bens ou serviços de saúde, que precisam ser adquiridos pelo Poder Executivo, interfere diretamente na alocação orçamentária, determinada pelo Poder Legislativo, e na condução da política pública de saúde, estabelecida, por sua vez, pelo Poder Executivo.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, todo indivíduo, brasileiro ou estrangeiro, possui o direito fundamental de acesso à justiça, ainda que não possa custear um

advogado. O Estado tem o dever de garantir assistência jurídica gratuita por meio da Defensoria Pública. Assim posto, o defensor público é independente para atuar na defesa dos interesses do cidadão, devendo, inclusive, agir contra o próprio Estado sem receber qualquer punição. Ainda, entre suas atribuições, cabe a ele representar, de uma só vez, ações coletivas perante o Poder Judiciário ou fora dele, (BRASIL, 2015).

O ativismo judicial denota a escassez do Estado em atender aos anseios da população, bem como em materializar os objetivos que lhe foram impostos. Trata-se de uma patologia constitucional. O ativismo judicial só recebeu esclarecimento com a promulgação da Constituição de 1988, que atribuiu uma série de direitos ao magistrado, além de impulsioná-lo a uma atuação mais presente na sociedade (TEIXEIRA, 2012).

Importa agora assinalar a relevância da ativação mais ampla e intensa do Judiciário, que alinhou o papel dos poderes Legislativo e Executivo. De fato, o ativismo judicial garantiu os direitos fundamentais, dando ensejo a uma reviravolta prática na sociedade. Por conseguinte, contribuiu para uma prestação de serviço de melhor qualidade à sociedade. Além disso, norteia os cidadãos em busca de serviços públicos. O ativismo judicial inicia-se a partir da inserção do domínio público da Justiça brasileira, o que contribuiu para deixar de lado a defesa exclusiva dos interesses das classes dominantes (GRANJA, 2013).

Fernandes (2012) refere-se ao ativismo judicial como sendo uma teoria constitucional, o que implica o conceito de última instância do poder judiciário.

Em face dessa classificação, a “teoria da reserva do possível” é explicada tendo como pressuposto os recursos escassos da sociedade, não sendo imperativo ao Estado acolher todas as vontades da sociedade de uma só vez. Assim, o Estado deve trabalhar com os recursos disponíveis e com a efetividade dos direitos fundamentais, levando em consideração o mínimo existencial (MORAES, 2010). Por outro lado, a “reserva do possível” deve ser encarada com cautela por se tratar de argumento limitador das prestações estatais, especialmente em relação aos direitos sociais, uma vez que este instituto figura como um obstáculo para a efetivação deles. Em verdade, a “reserva do possível” não é uma barreira intransponível, já que é possível maximizar os recursos e minimizar o impacto da sua execução, bem como avaliar a exaustão orçamentária (ausência total de recursos) como prova efetiva para a impossibilidade da concessão de uma prestação social (NEPOMUCENO et al., 2006).

Sarlet e Figueiredo (2008) concebem os direitos sociais (mas não apenas eles) como uma obrigação positiva e de prestação estatal, o que demanda custos para serem efetivados e

conferem uma “dimensão economicamente relevante...àquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade”.

Ávila (2013) considera que a “reserva do possível” é utilizada para justificar a deficiência estatal. Em outras palavras, é um verdadeiro argumento do Estado para não cumprir com o papel que a própria Constituição Federal lhe conferiu de provedor das necessidades da sociedade.

A 9ª edição da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), estabelecida através do Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, foi atualizada de modo a contemplar os medicamentos incorporados até novembro de 2014, cujas responsabilidades de financiamento foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL,2015). Assevera, ainda, que os princípios da “Assistência Farmacêutica” são garantidos por meio da fixação e pactuação entre as três esferas de governo, garantindo a participação dos três grupos por componentes de medicamentos (Quadro 1).

Quadro 1- Demonstrativos do financiamento da saúde por classificação dos componentes da RENAME, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

RENAME	Financiamento
Componente Básico da Assistência Farmacêutica- CBAF	Tripartite
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica-CESAF	MS
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica-CEAF	Tripartite /PCDT

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do estudo

Brasil (2015) conceitua a Assistência Farmacêutica (AF) como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, o que fomenta o acesso aos medicamentos e, com isso, seu uso racional. Sob outra perspectiva, a RENAME apresenta o rol de medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso. Classifica, também, os três componentes da AF, conforme o Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Demonstrativos das ações dos programas por classificação dos componentes da RENAME, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Componentes	Programa
CBAF	Agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.
CEAF	Medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos contemplado em programas Especializados de saúde do SUS.
CESAF	Medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos contemplado em programas Estratégicos de saúde do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do estudo

A judicialização em Saúde refere-se à procura do Judiciário como a última instância para aquisição do medicamento ou tratamento, ora negado pelo SUS; seja por falta de previsão na RENAME, seja por demandas orçamentárias. A rigor, a judicialização é reflexo de um sistema de saúde deficitário, que não abriga a proteção do Direito Fundamental. A ampliação da judicialização tem preocupado gestores e juristas, uma vez que, sem critérios, pode acarretar em um desequilíbrio orçamentário, prejudicando políticas públicas já avançadas (SILVA, 2013).

Assim sendo, Silva (2013) salienta que, mesmo em meio aos apelos da sociedade, o Estado não consegue fornecer a todos os cidadãos uma qualidade de vida digna, principalmente em saúde. Compete ao Judiciário, como ordenamento jurídico, garantir a contemplação desses direitos. Contudo, a intervenção jurídica deve obedecer a critérios. É digno de nota a observação das necessidades básicas do ser humano, sem desfalcar o ordenamento imposto pelo Sistema Único de Saúde.

Na verdade, como considera Terrazas (2008), o processo judicial é um espaço limitado e inadequado para considerar decisões acerca dos direitos sociais, já que elas são complexas e abordam questões coletivas, e não individuais, como a maioria das demandas judiciais.

Seguindo esse raciocínio, conforme entendimento de Sant'ana et al. (2011), o atendimento a demandas não regulamentadas pelos gestores da saúde pode implicar na utilização de recursos públicos para o atendimento de alguns em detrimento do atendimento seguro e efetivo das necessidades coletivas. Nesse sentido, o judiciário deve reconhecer que o direito à saúde abarca políticas sociais e econômicas. Como se pode notar, o poder judiciário deve considerar as alternativas terapêuticas do SUS, inclusive sugerindo o adequado

acompanhamento do usuário nas suas decisões com o intuito de melhorar o acesso aos serviços.

Com o intercâmbio constante entre a teoria e a prática, segundo Fleury (2012), a judicialização diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigir o direito, ora recusado na prática das instituições responsáveis. A tutela judicial pode ser tanto de caráter individual para acesso a bens e serviços (interposta por juízes ou Defensoria Pública) quanto com tutela coletiva dos direitos sociais não individualizáveis e da probidade administrativa pelo Ministério Público.

Data do início dos anos 1990, o prefácio da atual tendência de utilização ostensiva da via judicial para fornecimento de inúmeros tratamentos, especialmente medicamentos, especialmente com as demandas por antirretrovirais pelos pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (FERREIRA, 2004).

Há que se destacar que, no Brasil, a judicialização em Saúde está criando um SUS de dois vieses: um, para aqueles que buscam auxílio no Judiciário e conseguem acesso irrestrito aos recursos estatais para satisfazer suas necessidades em saúde; outro, para o resto da população, que, inevitavelmente, tem acesso limitado, e, mais limitado ainda pelo redirecionamento de recursos que beneficia aqueles que recorrem no Judiciário (CONJUR, 2014).

A efetivação do direito à saúde é, contudo, uma ação que percorre inúmeros empenhos do poder, sendo a esfera judicial apenas uma delas. Mais que isso, as ações judiciais provocam a individualização da demanda em detrimento do coletivo e levam à desorganização dos serviços. O gestor público, por sua vez, ao defender a salvaguarda dos gastos despendidos para o cumprimento das ações judiciais, muitas vezes, solicita medicamentos sem eficácia comprovada, ou sem vigência na legislação do setor. O preenchimento dessa lacuna causa desigualdade na atenção à saúde, pois o interesse individual acaba se sobrepondo ao coletivo (ALBERTO, 2012).

O Judiciário, ao criar exceções nos tratamentos médicos, levanta uma pauta preocupante, dada a escassez de recursos para esta área no Brasil, seja ela:

O litígio de saúde no Brasil está fazendo o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema público de saúde de dois níveis - um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. A forma como o Judiciário decide tem também obrigado o Estado a fornecer drogas e serviços baseados em

evidências científicas pobres e, às vezes, sem considerar a relação custo-efetividade ou as prioridades da saúde pública. (WANG, 2013)

O Ministério da Saúde (MS), em 2006, instituiu a criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC), cuja atribuição é a análise da incorporação ou retirada de tecnologias de saúde, revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais.

Coube à Lei Federal nº 12.401/11 considerar as soluções para controlar o nível de litígio e seu impacto sobre o sistema público de saúde. Ela previu a criação de um novo sistema de avaliação de tecnologia da saúde, e fundou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) do SUS. Assim, buscou-se assegurar a transparência e a participação da sociedade civil nos processos de incorporação. A referida lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, de modo a concordar com as normas do MS ao estabelecer critérios técnicos para a incorporação de novas tecnologias e medicamentos no sistema (BRASIL, 2014).

3 METODOLOGIA

O estudo envolve pesquisa documental, retrospectiva e descritiva. Gil (2010) molda o estudo documental pelo viés da prevalência de materiais que não receberam, ainda, um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetos do estudo. Já ao estudo retrospectivo importa rever pontos de sucessos, fracassos, realizações e eficácia de um evento passado. O estudo descritivo tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência.

A análise das ações judiciais foi realizada a partir do banco de dados secundários do Núcleo de Ações Judiciais da Secretaria de Saúde de Pernambuco (NAJ-SES-PE). Os dados foram coletados a partir de 2014, tendo em vista a criação do núcleo em maio de 2014 com a finalidade de receber os usuários que buscam acesso aos produtos e serviços por meio da Justiça.

Em princípio, é válido considerar que o estudo incide na utilização de base de dados dos produtos e serviços com o código EFISCO. Porém, não foram acessados, por requerer um perfil de usuário, o que constituiu uma limitação ao estudo. Assim, optou-se por utilizar a plataforma do serviço de rede compras – PE, cujo principal achado foi a categorização dos produtos e serviços. Em posse dos dados, foi efetivado um consolidado, seguido de uma triagem, visto que demandas agregadas do NAJ-SES-PE com compras de outros programas das áreas de Assistência Farmacêutica ocasionava inferência no impacto financeiro das estimativas dos gastos.

Foram construídos quadros, tabelas e gráficos, a fim de favorecer a análise e discussão.

No que se refere aos aspectos éticos, este estudo dispensa a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de análise de bancos de dados secundários, por meio das revisões bibliográficas, documental e via internet.

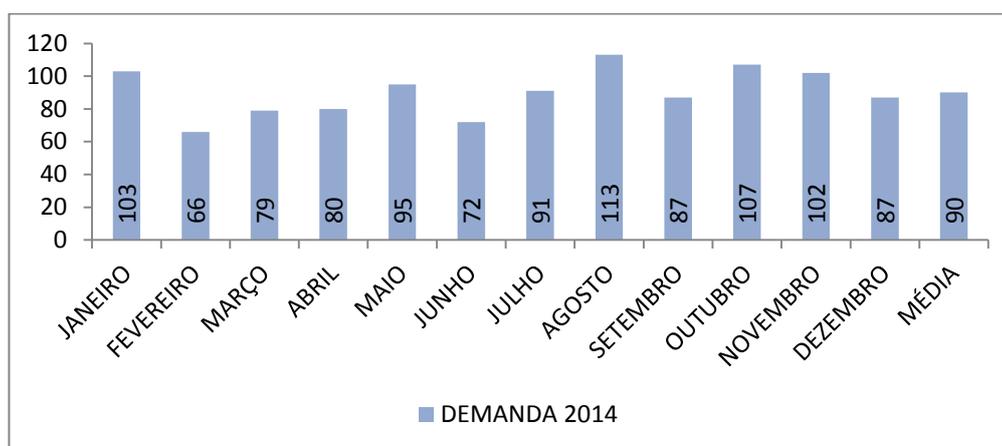
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características da Judicialização em Saúde do NAJ-SES-PE, 2014

A fim de agilizar o cumprimento dos mandados judiciais, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) montou um Núcleo de Ações Judiciais (NAJ), que delibera pareceres técnicos em resposta às solicitações externas. Assim, são atendidos com mais brevidade os usuários que buscam, por meio da Justiça, acesso a medicamentos, insumos e equipamentos da rede pública.

É válido analisar os dados do NAJ-SES-PE, no ano de 2014, e caracterizar a judicialização em Saúde, conforme gráficos abaixo.

GRÁFICO 1– Demonstrativo das Ações Judiciais. SES-PE. 2014. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014



Fonte: NAJ- SES-PE,2014

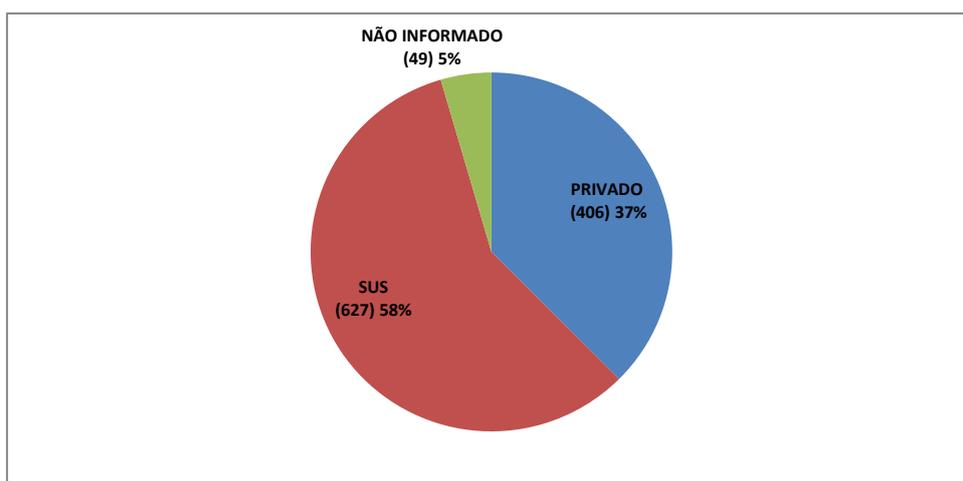
Conforme dados do NAJ-SES-PE, no ano de 2014 foram ajuizadas 1.172 ações judiciais.

Dados do CNJ revelam disparidades. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul ocupa a primeira posição no *ranking* processual, com 113 mil ações em trâmite, R\$ 235 milhões gastos pela secretaria para fornecer medicamentos, muitos dos quais importados. Enquanto o governo de Mato Grosso atendeu sete ações e gastou, em 2014, R\$ 100 milhões. Já o Pará possuía 19 mil ações. Em 2014, o governo de Santa Catarina recebeu 18 mil processos. Por fim, o Tribunal de Justiça do Paraná é o que tem menos ações, 2,6 mil (GAZETA DO POVO).

As ações judiciais em saúde são despesas não previstas no planejamento. Devido à escassez de recursos destinados às ações e aos serviços de saúde pública, os gestores municipais estão impedidos de garantir uma melhor qualidade na prestação dos serviços em saúde.

De acordo com o estudo de Barroso (2008), as ações supracitadas ocasionam efeitos orçamentários importantes. Uma vez que os recursos são finitos, os gastos devem ser planejados e avaliados de acordo com as políticas de saúde. Portanto, as demandas judiciais prejudicam as políticas estabelecidas, o que impede a alocação racional dos escassos recursos públicos.

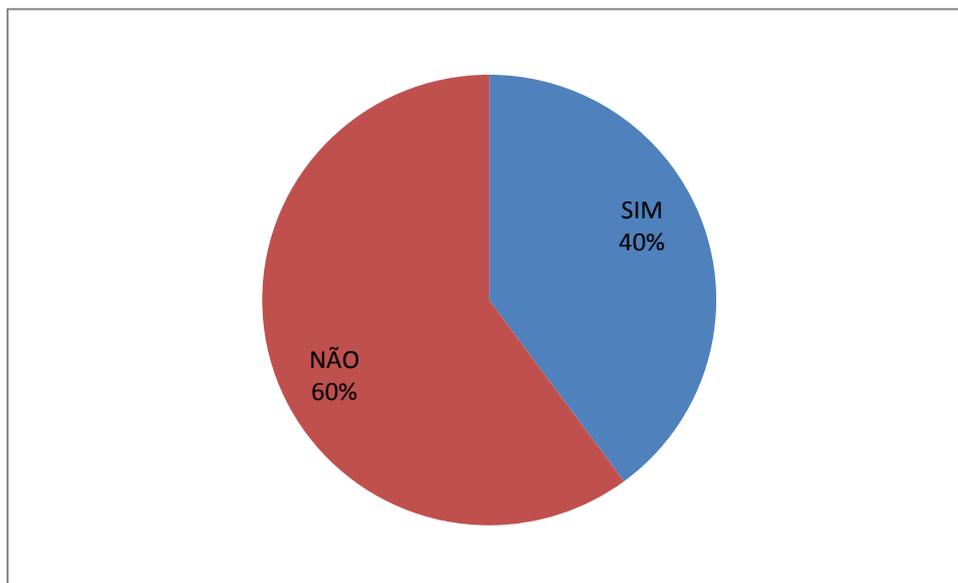
GRÁFICO 2 –Demonstrativo de origem das demandas SES-PE. 2014. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014



Fonte: NAJ- SES-PE,2014

O gráfico acima demonstra que a origem das demandas das ações judiciais apresenta uma frequência oriunda do SUS e privado. Para compreender o sentido mais profundo das consequências das ações judiciais, é relevante salientar que o SUS garante integralidade da assistência desde o primeiro nível de assistência. Assim, as demandas judiciais se referem a coberturas que deveriam ser garantidas pelo SUS ou pelos planos de saúde.

GRÁFICO 3 - Demonstrativo de medicamentos SUS, SES-PE. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.



Fonte: NAJ- SES-PE,2014

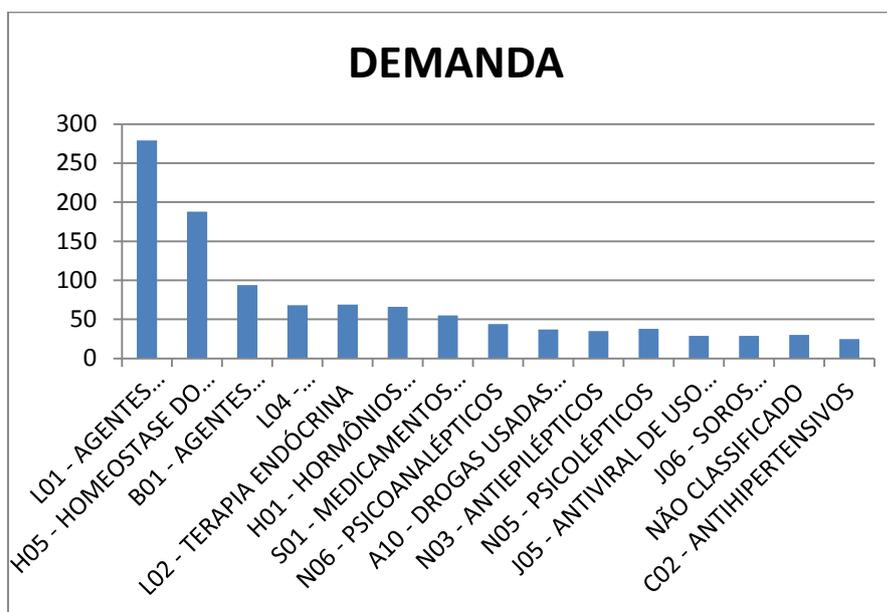
Quanto aos tipos de medicamentos fulcro das ações judiciais (Gráfico 3), observa-se que se destacam os não fornecidos pelo SUS.

Dada a complexidade do processo, foi elaborada a RENAME que surgiu como ferramenta para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Outro ponto a salientar, envolve a garantia da assistência farmacêutica, alicerçada nos princípios do SUS de universalidade e equidade; garantida por meio da fixação e pactuação entre as três esferas de governo. Nessas linhas gerais, são garantidos os três grupos de medicamentos: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Toda vez em que houver uma liberação medicamentosa não prevista no RENAME há risco de alterar a alocação de recursos financeiros para poucos em detrimento de muitos cidadãos.

GRÁFICO 4 - Demonstrativo das Classes Terapêuticas, SES-PE. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

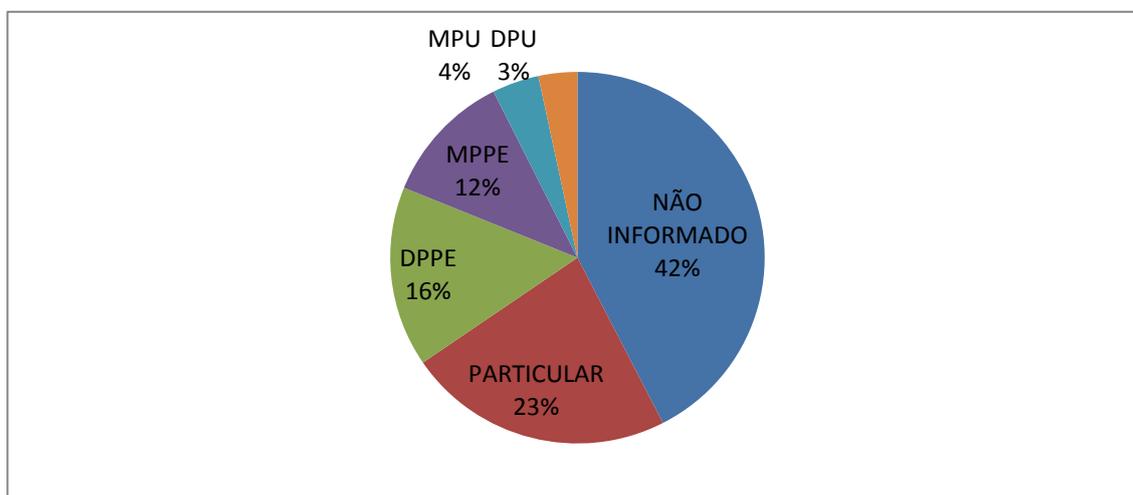


Fonte: NAJ- SES-PE,2014

O MS e a CONITEC recomendam a classificação dos fármacos de acordo com o padrão ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Code*), também denominado de Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico, que descreve as moléculas com ação terapêutica. Esta padronização é adotada pela OMS.

De acordo com as ações judiciais e as categorias do ATC, os grupos químicos de medicamentos que tiveram maior prevalência foram os seguintes: agentes antineoplásicos, Homeostase do Cálcio, agentes antitrombóticos, imunossupressores e terapia endócrina.

GRÁFICO 5 – Demonstrativo de origem das demandas dos Advogados, SES-PE, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014



Fonte: NAJ- SES-PE,2014

Em 2014, por volta de 23% das ações judiciais foram propostas por advogados particulares. Diante desta afirmação, é possível inferir que o ajuizamento por advogados particulares comprova que os pacientes arcaram com os custos da representação e, em princípio, poderiam adquirir os medicamentos solicitados. Sob outra perspectiva, a justiça gratuita (que correspondem ao ajuizamento pelo DPPE, MPPE, MPU e DPU) contribuiu com 35% das ações.

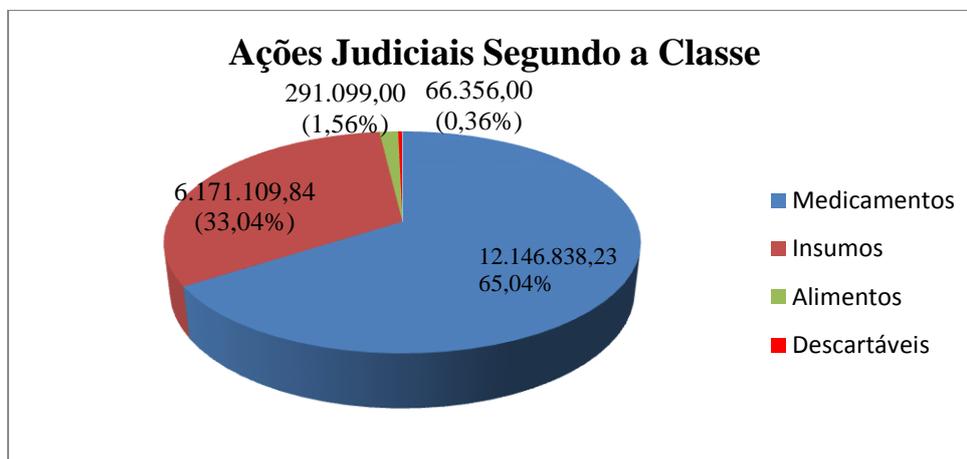
Os direitos sociais precisam ser realizados coletivamente, a fim de que haja acesso igualitário e universal dos indivíduos aos benefícios oferecidos pelas políticas públicas.

4.2 Características dos gastos com a Judicialização em Saúde do NAJ-SES-PE, 2014

O passo seguinte é percorrer o modelo econômico proposto por Pinheiro (2014), denominado o impacto financeiro da judicialização da Saúde, que capta o impacto dos gastos decorrente de ações judiciais sobre o orçamento da saúde pública, e o consequente efeito desses gastos sobre o número de indivíduos cobertos pelo sistema público de Saúde.

Após análise das principais características das ações judiciais na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), foram obtidos os gastos inerentes aos processos supracitados, conforme gráfico abaixo.

GRÁFICO 6 - Demonstrativo da estimativa de gastos referentes às ações judiciais, e outros componentes da assistência farmacêutica segundo classes-Item. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014



Fonte: Rede compras e Portal da transparência-PE

Os valores descritos acima fazem referência à aquisição de produtos pleiteados pelas ações judiciais, demonstrando os gastos do ano 2014 com compras não programadas, o que parece provocar desordem na gestão e nos serviços prestados. De acordo com os dados avaliados, foi estimado um gasto de R\$ 18.675.403,07 (dezoito milhões seiscentos e setenta e cinco mil quatrocentos e três reais e sete centavos), ou seja, quase 19 milhões de reais.

Os estabelecimentos públicos possuem dotação orçamentária própria. Ao ser acionada pela Justiça, a unidade gestora (UG) da SES-PE pode realizar a compra dos serviços ou produtos através do processo de licitações, obedecendo à Lei 8.666 (Lei de licitações). Os processos licitatórios obedecem à modalidade de menor preço, podendo realizar a compra de duas formas. A mais frequente é a modalidade compra (licitação ou dispensa), seguida da modalidade de depósito em conta judicial. Sabe-se que existem prescrições de medicamentos e produtos que tem o mesmo efeito, mas a marca eleva os custos.

Os dados do CNJ, em 2014, confirmam que o MS dispendeu R\$ 843 milhões para o pagamento de medicamentos, tratamentos, cirurgias e equipamentos obtidos por garantia judicial. O montante é ainda maior, uma vez que esse valor é referente apenas às ações movidas contra a União. A grande maioria da população aciona Estados ou Municípios.

Segundo CEOLLA (2015), apesar de a Justiça considerar que município, Estado e União são solidários nas ações judiciais referente à área da saúde, o percentual maior da conta é paga pelo governo do Estado.

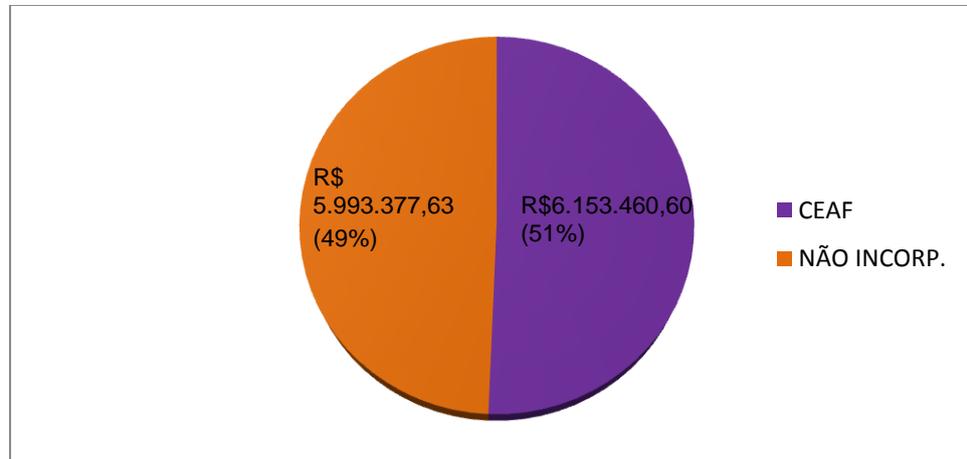
Na caracterização dos produtos, os medicamentos representam os itens mais solicitados judicialmente. As ações judiciais são oriundas da falta de um medicamento no rol de serviços oferecidos gratuitamente pelo SUS ou pela indisponibilidade de um item custeado pelo poder público. Dessa maneira, a maior parte dos valores repassados pela União, para cumprir determinações judiciais, custeia fármacos.

Para garantir a oferta de medicamentos à população, o MS tem ampliado a lista de medicamentos oferecidos pelo SUS por meio da RENAME. Os gastos para a compra de medicamentos cresceram 78% em quatro anos, passando de R\$ 6,9 bilhões, em 2010, para R\$ 12,4 bilhões, em 2014 (BRASIL, 2015).

Diante das linhas gerais do contexto, pode-se categorizar os gastos de medicamentos por componentes da RENAME, sejam eles, CEAF e Não incorporado SUS (Gráfico 7). Eles perfazem juntos cerca de R\$ 12.146.838,23. Compreende-se um percentual de 2% de diferença entre as duas classificações.

A RENAME 2014 apresentava 19 inclusões, 21 exclusões e 12 realocações, quando comparada à RENAME 2013.

GRÁFICO 7 - Demonstrativos dos gastos de medicamentos por classificação dos componentes da RENAME, referentes às ações judiciais. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

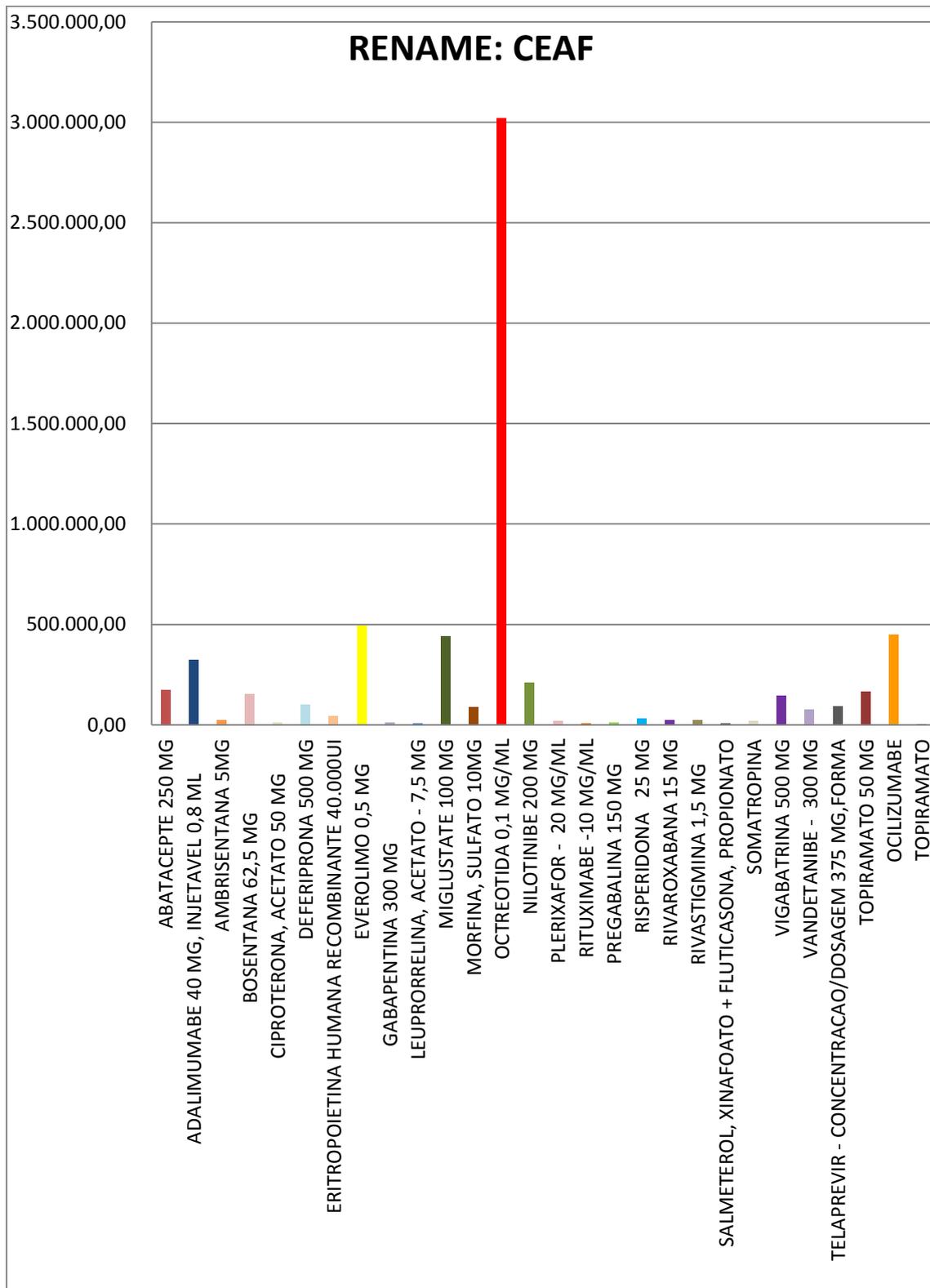


Fonte: Rede compras e Portal da transparência-PE

A CONITEC participa regularmente das várias audiências no Ministério Público e no Poder Judiciário para tratar de temas relevantes sobre a incorporação de tecnologias em Saúde. É relevante, assim, o interesse dos membros dos órgãos Judiciário na aquisição de informações técnicas para embasar os processos relativos ao acesso a tecnologias em Saúde (BRASIL, 2014). Em princípio, é válido sobrelevar que alguns destes pareceres enriquecem a literatura técnica do SUS e auxiliam na tomada de decisão referente à seleção de medicamentos.

Classificou-se, ainda, nominalmente os medicamentos judicializados, conforme a RENAME, e os gastos com todas as aquisições no ano de 2014, conforme gráfico abaixo.

GRÁFICO 8-Demonstrativos dos gastos de medicamentos por componentes da RENAME–
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil,
2014



Fonte: Rede compras e Portal da transparência-PE

Ao considerar o gráfico acima, é evidente que alguns medicamentos do CEAF se destacam pelo impacto financeiro gerado na tentativa de cumprir as ações judiciais. É estimável, ainda, que se examine a existência de medicamento equivalente em eficácia e em segurança, disponível no SUS.

O fato desses medicamentos, previstos em listas oficiais, serem pleiteados por via judicial como acesso à farmacoterapia, sugere falhas na gestão da Assistência Farmacêutica. Na falta dos medicamentos por insuficiência do programa ou não realização da licitação, desvia o gestor a fazer uma licitação de emergência e os gastos aumentam, visto que a administração é condenada a aprovisionar o medicamento, sendo imprescindível aperfeiçoar os recursos e as estruturas de controle e abastecimento das ações farmacêuticas.

Em relação aos critérios para incorporação de medicamentos no SUS, merece destaque a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS (CONITEC), pela Lei 12.401/2011. A inclusão dos medicamentos obedece às regras da CONITEC. Garante economia orçamentária para o governo, e a proteção do cidadão quanto ao uso e eficácia desses medicamentos.

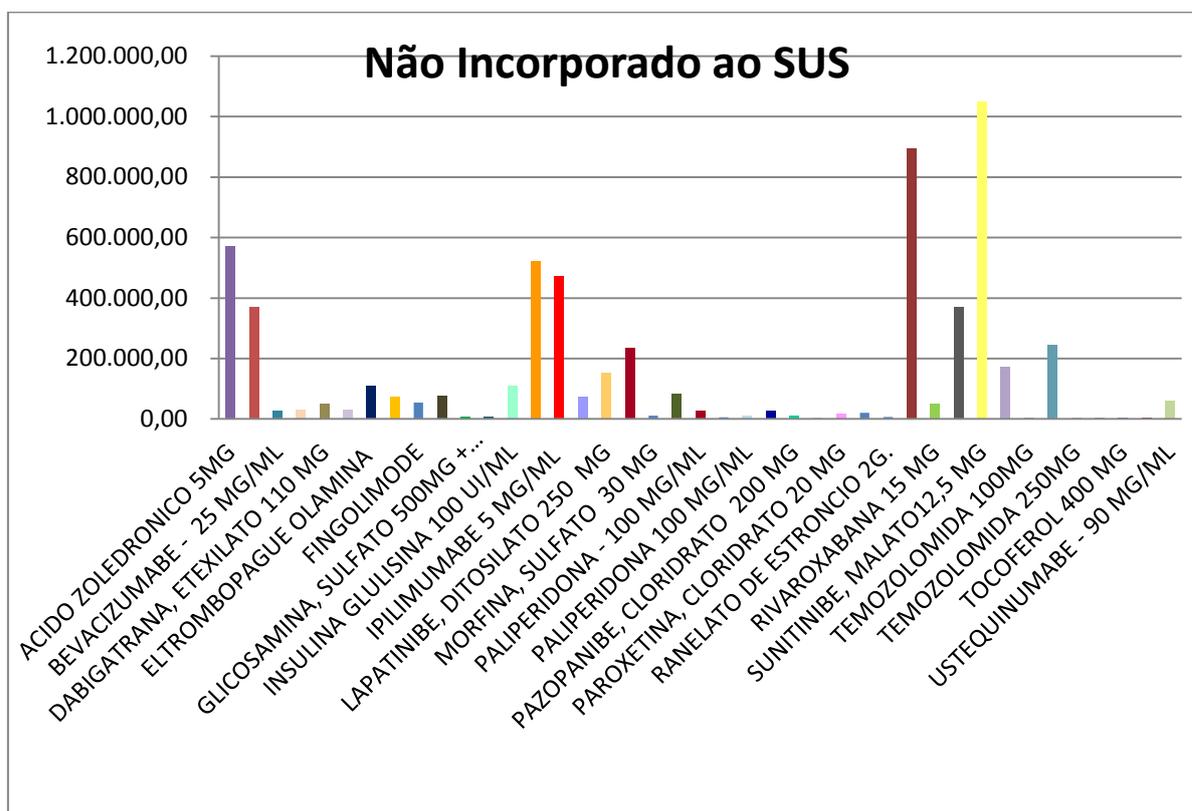
Após estudos dos medicamentos CEAF podemos expor alguns medicamentos que foram incorporados ao programa após parecer da CONITEC, como mostra o quadro a seguir.

QUADRO 3 -Demonstrativos dos pareceres da CONITEC para incorporação de medicamentos aos componentes da RENAME– Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

PORTARIA	PARECER CONITEC
Nº 24, de 10 de setembro de 2012	Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos Rituximabe, Abatacepte e Tocilizumabe, bem como a manutenção dos medicamentos Adalimumabe e Etanercepte para o tratamento da Artrite Reumatóide (AR) no Sistema Único de Saúde (SUS).
Nº 53, de 30 de novembro de 2012	Decisão de incorporar o medicamento Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório no Sistema Único de Saúde (SUS).
Nº 63, de 27 de dezembro de 2013	Torna pública a decisão de incorporar o Rituximabe para o tratamento de Linfoma não Hodgkin de células B, folicular, CD20 positivo, em 1ª e 2ª linha no Sistema Único de Saúde SUS.
SCTIE/MS Nº 20, de 25 de julho de 2012	Tornou-se pública a decisão de incorporar os inibidores de protease e de integrase Telaprevir no SUS com inclusão na RENAME, como parte de um conjunto de ações do Ministério da Saúde que visavam à reforma e atualização do protocolo clínico de hepatite C crônica.

Fonte: CONITEC,2014

GRÁFICO 9- Demonstrativos dos gastos de medicamentos não incorporados ao SUS Recife, Pernambuco, Brasil, 2014



Fonte: Rede compras e Portal da transparência-PE

As demandas das ações judiciais poderiam ser evitadas ou postergadas, se fossem consideradas as diretrizes do SUS, quanto à disposição do atendimento em oncologia e às relações de medicamentos essenciais. Assim, compromete-se a equidade no acesso e no uso racional de medicamentos no SUS, tendo em vista que não garante o tratamento do usuário que faz uso de medicamentos não padronizados, ou seja, não dispensados pelo SUS devido ao alto custo.

De modo a ratificar os dados do estudo, Brasil (2014) expõe que a incorporação, exclusão, alteração de medicamentos e insumos na RENAME são realizadas pelo MS e pela CONITEC. Para isto é necessário comprovar eficácia, segurança e, a relação entre custo e efetividade do medicamento. A inclusão de novos medicamentos e a ampliação de cobertura obedecem aos fluxos e critérios estabelecidos pelo MS, com a finalidade de aumentar o acesso da população a avanços tecnológicos.

A incorporação de novos fármacos aumenta a oferta de tratamento aos pacientes que não respondem aos medicamentos convencionais ou que apresentam intolerância às demais terapias. Abaixo, segue quadro com pareceres da CONITEC.

QUADRO 4-Demonstrativos dos pareceres da CONITEC para incorporação de medicamentos aos componentes da RENAME–Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

PORTARIA	PARECER CONITEC
Nº 15, de 2 de abril de 2013	Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento Palmitato de Paliperidona para o tratamento da esquizofrenia no SUS
Nº 23, de 27 de junho de 2014	Torna pública a decisão de não incorporar o Fingolimode para a primeira e segunda linhas do tratamento da esclerose múltipla no âmbito do SUS.
Nº 11, DE 4 de fevereiro de 2016	Torna pública a decisão de não incorporação dos medicamentos Rivaroxabana, Dabigatrana para prevenção de acidente vascular cerebral em pacientes com fibrilação atrial crônica não valvar, no âmbito do SUS. Pois comprovaram que os novos medicamentos são não inferiores à Varfarina. Considerou-se que não é viável assumir eficácia superior a partir de um estudo de não inferioridade. Membros da CONITEC presentes na 20ª reunião do plenário, realizada nos dias 06/11 e 07/11 /2013, apreciaram a proposta de incorporação do Temozolomida para o tratamento adjuvante de pacientes portadores de Gliomas de Alto Grau (III e IV). Assim, os membros da CONITEC presentes, deliberaram, por unanimidade, por não recomendar a incorporação da Temozolomida para o tratamento adjuvante de pacientes portadores de Gliomas de alto grau.
Nº 38, DE 27 de Setembro de 2012	Torna pública a decisão de não incorporar os medicamentos biológicos: Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe e Ustequinumabe para o tratamento da psoríase moderada a grave em adultos no SUS e recomendar que sejam consultadas as organizações de pacientes e especialistas na área e que, se cabível, seja realizado novo processo de avaliação do tema.
Nº 34, DE 6 de Agosto de 2013	Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento ranelato de estrôncio para o tratamento da osteoporose no SUS. No Canadá, os <i>guidelines</i> da <i>Canadian Medical Association</i> para diagnóstico e tratamento de osteoporose pós menopausa (2010) recomendam Alendronato, Risendronato e Ácido Zoledrônico como medicamentos de primeira linha para prevenção de fraturas de quadril, vertebrais e não vertebrais (grau A de recomendação).

Fonte: CONITEC

O orçamento é instrumento de planejamento e representa o fluxo de ingressos e aplicação de recursos em determinado período (BRASIL, 2015). Ao analisar o planejamento orçamentário do ano de 2014, bem como ao mensurar as despesas com medicamentos judicializados, foi possível dimensionar os recursos financeiros utilizados para a manutenção dos componentes da RENAME, conforme apresenta-se na Tabela abaixo.

TABELA 1- Representativo de transferência financeira de cada componente judicializado da RENAME em relação ao orçamento total empregado pelo Fundo Estadual de Saúde-FES-PE-Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Orçamento fiscal com DDE	Total Alocado
Transferência a fundo com Medicamentos e Insumos Farmacêuticos Estratégicos e Especiais	R\$ 88.760.000
Transferência com Demandas judiciais para medicamentos	R\$ 46.375.000
TOTAL	R\$ 135.135.000

Fonte: Rede compras e Portal da transparência-PE

Através da análise da tabela, observa-se a transferência financeira das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos dos componentes da RENAME de 2014. Tendo como pressuposto que o SUS seja responsável pela provisão da atenção à saúde, os medicamentos representam parcela substancial das despesas públicas em saúde. De tal modo que os gastos envolvidos poderiam subsidiar ações que objetivem maior eficiência das políticas públicas de saúde, sem detrimento de sua efetividade. É válido discutir que o NAJ-SES-PE estimou um gasto com produtos e serviços judicializados de R\$ 18.675.403,07.

A partir do estudo, é pertinente destacar que a judicialização da Saúde na gestão pública origina instabilidade orçamentária e financeira, além de falhas no planejamento público. A ação judicial recebe considerações polêmicas referentes à sua influência no orçamento do Executivo, pois seus critérios de escolha de tratamentos envolvem decisões técnicas, que deverão ser executadas pelo Poder Público. Ao dar-se conta desse mecanismo, a de se interrogar: os magistrados tem dado relevância aos princípios orçamentários que sedimentam suas decisões?

Em suma, é importante discutir sobre a instabilidade orçamentária gerada pelos gastos referentes à judicialização em Saúde, o que causa assimetria entre a distribuição dos recursos e o planejamento orçamentário, além, das distorções provocadas diretamente na administração das políticas públicas. Os cálculos econômicos baseiam-se no custo de oportunidade, isto é, a aplicação de recursos em determinadas tecnologias implica na não

provisão de outras. Sob este ponto de vista, compreende-se a judicialização como uma medida desfavorável ao bem comum.

5 CONCLUSÃO

É válido considerar que os valores gastos pela SES-PE para atendimento às demandas judiciais demonstram risco de comprometimento do planejamento da assistência farmacêutica ao promover um gasto desordenado e impacto nas finanças públicas. Como exemplo, pode-se destacar que o orçamento total empregado pelo Fundo Estadual de Saúde (FES-PE) incidiu em uma transferência de R\$ 88.760.000 em medicamentos e, insumos farmacêuticos estratégicos e especiais.

Compreende-se que o subfinanciamento das ações em Saúde dificulta a manutenção de programas implementados, além de desqualificar suas práticas.

É possível estabelecer que a judicialização atende, precipuamente, às necessidades individuais em detrimento das coletivas. Grosso modo, a desorganização da política de saúde e os recorrentes gastos dos recursos públicos ferem coletivamente a igualdade de acesso à Saúde Pública. Em contrapartida, a judicialização pode contribuir com avanços nas políticas públicas de Saúde, haja vista que as ações judiciais aceleram o processo de incorporação das novas tecnologias.

Falta realçar que, quando há ausência de atendimento ao paciente por insuficiência na previsão da RENAME, ou por questões orçamentárias, resta ao gestor público remanejar constantemente os recursos (já escassos) e ao cidadão garantir atendimento através da via judicial.

Por fim, a judicialização em Saúde desafia o princípio da equidade preconizado pelo SUS. Posto que suas determinações, quase sempre a favor da realização do tratamento de alto custo, ameaçam a sustentabilidade do sistema.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Marcela Fernanda. **Análise das características da judicialização da saúde no Estado de São Paulo**. 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado em Economia) -Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Araraquara, Araraquara, 2012.

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.

ÁVILA, Kellen Cristina Andrade. Teoria da reserva do possível . **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3558, 29 mar. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/24062>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

BARROSO, Luiz Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade Democrática**. 2008. Disponível em: <[http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCE imagens](http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCE%20imagens)>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BORGES, Danielle da Costa Leite. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe Sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros da Área da Saúde e dá outras Providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em: 15 dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. Lei Complementar nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm> Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. 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> Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Balanco CONITEC: 2012-2014**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Municípios que reduziram processos de judicialização são reconhecidos em concurso**. Portal Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. – Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5983-financiamento-do-sus-introducao>>. Acesso em: 03 out. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Portaria nº 88, de 14 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Regimento Interno da Defensoria Pública-Geral da União. Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20036:portaria-n-88-de14-de-fevereiro-de-2014-dispoe-sobre-o-regimento-interno-da-defensoria-publica-geral-da-uniao&Itemid=65>. Acesso em: 23 nov. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Orçamento**: classificação por categoria econômica. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/orcamento/glossario/classificacao-por-categoria-economica>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2014. 9. ed. Brasília, 2015.

_____. **Portal Brasil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

CEOLLA, S. **Judicializacao-da-saude-falhas-no-servico-publica-viram-processos**. Disponível em: <<http://ndonline.com.br/Florianópolis/noticias/>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/07/debate-novos-caminhos-paraajudicializacao-da-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE(Brasil). **Portal CONASEMS**. 2008. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA(Brasil). **Relatório de Gestão do Exercício de 2012**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/906892ecb7a65c0e967c641422375f72.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA(Brasil). **Judicialização da saúde tem criado SUS de duas portas**. 2014. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2014-jun-22/judicializacao-saude-criado-sus-duas-portas>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

FERNANDES, Renata. **Hanonesativismo Judicial**. Brasília – DF, 2012. Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito, no curso de Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. **Health Inequalities, Rights, and Courts**: The Social Impact of the Judicialization of Health - Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health? Harvard University Press, 2010.

FERREIRA, Camila Duran. **O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso AIDS**. Concurso de monografias - IPEA-CAIXA, 2004.

FLEURY, Sonia. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. Funcionamento e financiamento do SUS. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 35, abr. 2010. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao035/maria_gadelha.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.

GEBRAN. João Pedro Neto. **Financiamento da saúde. Judicialização da saúde: vantagens e desvantagens que geram impacto de R\$ 844 milhões**. Disponível em: <<http://www.congressomedicojuridico.com.br>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANJA, Cícero Alexandre. O ativismo judicial no Brasil como mecanismo para concretizar direitos fundamentais sociais. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 119, dez. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14052>. Acesso em: 15 dez. 2015.

LUCCHESI, Patrícia T. R. et al. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO, Marcos Henrique. A judicialização da saúde da perspectiva Weberiana. **Revista Jurídica da Unic /Emam**, v. 1, n. 2, p. 159-175, jan./jun. 2014.

MORAES, Daniela Pinto Holtz. Efetividade dos direitos sociais: Reserva do possível, mínimo existencial e ativismo judicial. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?nlink=revista_artigos_leitura&artigo_id=7701>. Acesso em: 15 dez. 2015

NEPOMUCENO, Marly Akemi Shiroma et al. O campo jurídico na garantia do direito à saúde. In: VIOLA, L. A. O direito prestacional saúde e sua proteção Constitucional. 2006. 108p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de Campos, Campos dos Goytacazes, 2006. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 119-136, jul./out. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Rede Compras**. Disponível em: <<http://www.compras.pe.gov.br/>> Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. Governo do Estado. Secretaria da Fazenda. Diretoria de Controle do Tesouro Estadual. **Manual de despesa**. Recife, 1999.

_____. **Portal da Transparência do Governo de Pernambuco**. Disponível em: <<https://www2.transparencia.pe.gov.br/>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

_____. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>>. Acesso em: 18 out. 2015.

_____. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **SES estrutura Núcleo de ações judiciais para acelerar demandas da Saúde**. 04.06.2014. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria/ses-estrutura-nucleo-de-acoes-judiciais-para-acelerar-demandas-da-saude>> Acesso em: 18 out. 2015.

PINHEIRO, Lisandra Karoll Torres. **O impacto financeiro da judicialização da saúde demonstrado através de um modelo econômico teórico**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

SANT'ANA, João Mauricio Brambati et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 714-21, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2517.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Sistema Único de Saúde –2010: espaço para uma virada**. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2008.

SILVA, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9>. Acesso em: 10 set. 2016.

SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Texto %20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf](http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Texto%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2011.

TEIXEIRA, Anderson Vichinkeski. Ativismo judicial: nos limites entre racionalidade jurídica e decisão política. **Rev. Direito GV**, v.8, n.1, p. 37-57, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1808-24322012000100002>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. **O poder judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais por medicamentos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TESSLER, Marga Inge Barth. O Direito à saúde. A saúde como direito e como dever na Constituição Federal de 1988. **Revista do Tribunal Regional Federal da 4ª Região**, Porto Alegre, a. 12, n. 40, p. 13-110, 2001.

WANG, Daniel Wei Liang. **Tribunais como decisores de políticas de saúde**. 2013. Disponível em: <<http://direitosp.fgv.br/en/node/719>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

APÊNDICE A - Banco de dados secundário referentes à categorização dos produtos e serviços por classe

Classe-Alimentos	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
234713-0 Alimento para dieta enteral ou oral	15.000	1,71	25.650,00
240145-2 Módulo para dieta enteral ou oral	30.000	0,02	600,00
2408503 - Leite em pó - fórmula infantil - à base de aminoácidos, não alergênica, enriquecida com ferro, para lactentes	156.000	0,44	68.640,00
1503049 - Leite em pó modificado - fórmula infantil anti regurgitação, de maior viscosidade, para lactentes	25.200	0,05	1.260,00
3383130 - Alimento para dieta enteral ou oral - fórmula de aminoácidos	225.600	0,45	101.520,00
3058581 - Módulo para dieta enteral ou oral	6.000	1,60	9.600,00
3725120 - Alimento para dieta enteral ou oral - nutrição completa	57.600	0,78	44.928,00
2958325 -Alimento para dieta enteral ou oral - suplemento nutricional oral, nutricional completo para cicatrização de feridas, hiperproteico	216.000	0,08	17.280,00
3437817 - Alimento para dieta enteral ou oral -	180.000	0,09	16.200,00
2877880 - Alimento para dieta enteral ou oral	81.600	0,06	4.896,00
3997944 - Alimento para dieta enteral ou oral -	10.500	0,05	525,00
GASTO TOTAL			291.099,00
Classe-Descartáveis	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
265651-5 Agulha descartável para aplicação de insulina com caneta	13.500	0,42	5.670,00
339281-3 Agulha descartável para aplicação de insulina com caneta	59.400	0,69	40.986,00
3269132 - Agulha para aplicação de insulina	13.000	0,56	7.280,00
385061-7 Cateter urinário estéril masculino	1.080	11,50	12.420,00
GASTO TOTAL			66.356,00
Classe-Insumos	Quantidade	R\$ Unitário	R\$ Total
309007-8 Ácidos graxos essenciais + retinol +	36	51,10	1.839,60

racealfatocoferol			
219772-3 Curativo adesivo	9.000	160,00	1.440.000,00
392813-6 Curativo adesivo	1.800	125,50	225.900,00
3570460 Curativo adesivo	480	114,56	54.988,80
219775-8 Curativo adesivo	4.179	169,00	706.251,00
219775-8 Curativo adesivo	4.680	169,00	790.920,00
219775-8 Curativo adesivo	14.800	169,00	2.501.200,00
236271-6 Curativo adesivo	5.000	56,91	284.550,00
200079-2 Fralda descartável geriátrica adulta	6.000	0,88	5.280,00
341930-4 Tiras reagentes para determinação de glicose	294	88,00	25.872,00
341930-4 Tiras reagentes para determinação de glicose	600	80,55	48.330,00
371060-2 Reservatório para sistema de infusão contínua de insulina	12	414,87	4.978,44
3717054 Conjunto para sistema de infusão contínua de insulina	24	650,00	15.600,00
3717003 Conjunto para sistema de infusão contínua de insulina	24	650,00	15.600,00
3717070 Conjunto para sistema de infusão contínua de insulina	72	650,00	46.800,00
3710637 Reservatório para sistema de infusão contínua de Insulina	24	125,00	3.000,00
GASTO TOTAL			6.171.109,84
Classe-Medicamentos	Quantid.	R\$ Unitário	R\$ Total
336885-8 Abatacepte - 250 mg	192	902,81	173.339,52
335542-0 Ácido zoledrônico 5mg	17	1.012,53	17.213,01
349998-7 Adalimumabe 40 mg, injetável 0,8 ml	160	2.012,40	321.984,00
347565-4 Alfanglicosidase 50 mg	432	1.324,04	571.985,28
378028-7 Ambrisentana 5 mg	840	25,23	21.193,20
347047-4 Bevacizumabe - concentração/dosagem 25 mg/ml	360	1.031,14	371.210,40
386905-9 Belimumabe 120 mg	64	424,82	27.188,48
392547-1 Belimumabe 400 mg	12	1.416,07	16.992,84
337798-9 Bosentana 62,5 mg	18.300	8,40	153.720,00
335292-7 Ciproterona, acetato 50mg	1.440	6,00	8.640,00
369446-1 Dabigatrana, etexilato 110mg	6.000	2,53	15.180,00

356498-3 Dasatinibe 50mg	360	135,56	48.801,60
334664- 1 Deferiprona - concentração/dosagem 500 mg, forma farmacêutica comprimido revestido, via	14.820	6,66	98.701,20
339782-3 Eltrombopague olamina 25 mg	364	83,54	30.408,56
339993-1 Eltrombopague olamina 50 mg	560	167,17	93.615,20
308287-3 Enoxaparina sódica 60 mg	1.080	15,58	16.826,40
307593-1 Enoxaparina sódica - concentração/dosagem 40 mg	1.700	13,89	23.613,00
307609-1 Enoxaparina sódica - concentração/dosagem 80 mg	720	30,00	21.600,00
337260-0 Erlotinibe - concentração/dosagem 150 mg, form	2.250	145,95	328.387,50
344609-3 Eritropoietina humana recombinante 40.000 UI	24	642,50	15.420,00
344609-3 Eritropoietina humana recombinante 40.000 UI	48	600,00	28.800,00
350009-8 Etanercepte 150 mg	72	1.171,46	84.345,12
350009-8 Etanercepte 150 mg	48	1.212,71	58.210,08
333598-4 Everolimo 0,5mg	540	210,09	113.448,60
333598-4 Everolimo 1mg	1.800	210,09	378.162,00
347625-1 Fingolimode 0,5mg	360	149,08	53.668,80
337010-0 Fotemustina 208mg	6	2.418,91	14.513,46
341153-2 Gabapentina 300mg	4.698	1,88	8.832,24
335631-0 Gefitinibe 250mg	1.080	69,94	75.535,20
334385-5 Glicosamina, sulfato + condroitina, sulfato 400 mg	1.440	2,49	3.585,60
347181-0 Hialuronato de sódio 40 mg/ 50ml	30	282,31	8.469,30
335521-7 Insulina Glulisina 100 ui/ml	500	15,35	7.675,00
335521-7 Insulina Glulisina 100 ui/ml	6.303	15,35	96.751,05
338983-9 Insulina Lispro 100 ui/ml	560	22,16	12.409,60
369633-2 Ipilimumabe 5 mg/ml	12	43.491,10	521.893,20
369633-2 Ipilimumabe 5 mg/ml	42	10.872,77	456.656,34
400881-2 Interferona - tipo alfa 2a, concentração/dosagem 5.000.000 ui, forma farmacêutica pó liofilizado para solução injetável, forma de apresentação frasco-ampola	180	79,86	14.374,80
221217-0 Lapatinibe, ditosilato -250 mg concentração/dosagem 250 mg	2.240	32,54	72.889,60
2212170 Lapatinibe, ditosilato - concentração/dosagem 250 mg	4.550	32,54	148.057,00

337788-1 Leuprorrelina, acetato - concentração/dosagem 7,5 mg, forma farmacêutica	24	233,00	5.592,00
335572-1 Letrozol 2,5 mg	720	6,40	4.608,00
338065-3 Metilfenidato, cloridrato 10 mg	720	5,82	4.190,40
338298-2 - Metilfenidato, cloridrato - concentração/dosagem 54 mg, forma farmacêutica comprimido de liberação prolongada	720	7,92	5.702,40
337803-9 Miglustate 100 mg	720	129,18	93.009,60
337803-9 Miglustate 100 mg	2.700	129,18	348.786,00
3412695 Morfina, sulfato 10 mg	8.424	0,96	8.087,04
316915-4 Morfina, sulfato 30 mg	312.000	0,25	78.000,00
316921-9 Morfina, sulfato - concentração/dosagem 30 mg, forma farmacêutica comprimido, via de administração oral	314.496	0,75	235.872,00
346659-0 Nilotinibe 200 mg	5.824	36,32	211.527,68
319636-4 Octreotida 0,1 mg/ml	360	30,20	10.872,00
347567-0 Omalizumabe 150 mg	12	1.283,33	15.399,96
311402-3 Palivizumabe 100 mg	1.000	3.021,13	3.021.130,00
368701-5 Paliperidona - concentração/dosagem 100 mg/ml, form	24	728,72	17.489,28
368701-5 Paliperidona - concentração/dosagem 100 mg/ml, form	30	895,55	26.866,50
368701-5 Paliperidona - concentração/dosagem 100 mg/ml, form	6	895,55	5.373,30
374114-1 Paliperidona - concentração/dosagem 6 mg	728	14,33	10.432,24
354144-4 Paricalcitol 5 mcg/ml	900	28,69	25.821,00
331994-6 Paroxetina, cloridrato 20 mg	800	0,85	680,00
345780-0 Pazopanibe, cloridrato - concentração/dosagem 200 mg	1.440	57,25	82.440,00
346470-9 Pemetrexede 100mg	6	1.290,00	7.740,00
403775-8 Plerixafor - concentração/dosagem 20 mg/ml	2	9.878,73	19.757,46
337464-5 Pregabalina 150 mg	5.040	2,16	10.886,40
363588-0 Quetiapina - concentração/dosagem 300 mg	720	14,10	10.152,00
327904-9 Ranelato de estrôncio 2g	672	3,18	2.136,96
338914-6 Ranibizumabe - 10 mg/ml	370	2.416,50	894.105,00
357893-3 Risperidona - concentração/dosagem 25 mg, forma	24	446,01	10.704,24
341189-3 Risperidona 3mg	24	829,81	19.915,44
324621-3 Rituximabe - concentração/dosagem 10 mg/ml	4	4.182,54	16.730,16
359550-1 Rivaroxabana 15 mg	1.540	4,40	6.776,00

359550-1 Rivaroxabana 15 mg	1.456	5,07	7.381,92
359550-1 Rivaroxabana 20 mg	5.124	4,40	22.545,60
329496-0 Rivastigmina 15 mg	540	9,82	5.302,80
333910-6 Rivastigmina 15 mg	360	8,42	3.031,20
333910-6 Rivastigmina 18 mg	1.800	8,52	15.336,00
336217-5 Salmeterol, xinafoato + fluticasona, propionato	72	61,38	4.419,36
357580-2 Somatropina 8 mg	40	500,00	20.000,00
337756-3 Sunitinibe, malato, 25 mg	336	192,88	64.807,68
337756-3 Sunitinibe, malato 12,5 mg	336	96,44	32.403,84
347404-6 Sunitinibe, malato 12,5 mg	532	96,44	51.306,08
3339580-Tramadol 100 mg	188	1,64	308,32
346644-2 Telaprevir - concentração/dosagem 375 mg, forma	672	138,35	92.971,20
342965-2 Temozolomida 100 mg	106	390,12	41.313,71
342965-2 Temozolomida 100 mg	2.700	389,18	1.050.786,00
342966-0 Temozolomida 20 mg	2.220	77,23	171.450,60
342966-0 Temozolomida 250 mg	45	78,02	3.510,90
337469-6 Temozolomida 5 mg	260	946,15	245.999,00
337809-8 Temozolomida - concentração/dosagem 5 mg	1.650	19,30	31.845,00
384090-5 Vandetanibe - concentração/dosagem 300 mg	360	400,64	144.230,40
341325-0 Tocilizumabe 200 mg	330	1.124,97	371.240,10
341324-1Tocilizumabe 200 mg	170	449,99	76.498,30
340253-3 Tocoferol 400 mg	8.460	0,34	2.876,40
335679-5 Topiramato 50 mg	6.000	0,35	2.100,00
401596-7 Ustequinumabe - concentração/dosagem 90 mg/ml, forma farmacêutica solução injetável, forma de apresentação frasco-ampola, via de administração subcutânea	8	7.609,89	60.879,12
384090-5 Vandetanibe 300 mg	360	456,58	164.368,80
335603-5 Vigabatrina 500 mg	3.240	1,77	5.734,80
324324-9 Voriconazol 200 mg	672	213,32	143.351,04
GASTO TOTAL T_M			12.581.078,41

**APÊNDICE B - Banco de dados secundários por categorização de medicamentos
conforme componentes da RENAME**

RENAME: CEAF	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Abatacepte 250 mg	192	902,81	R\$ 173.339,52
Adalimumabe 40 mg, injetavel 0,8 ml	160	2012,40	R\$ 321.984,00
Ambrisentana 5mg	840	25,23	R\$ 21.193,20
Bosentana 62,5 mg	18300	8,40	R\$ 153.720,00
Ciproterona, acetato 50 mg	1440	6,00	R\$ 8.640,00
Deferiprona 500 mg	14820	6,66	R\$ 98.701,20
337260-0 Erlotinibe - concentração/dosagem 150 mg,form	2250	145,95	R\$ 328.387,50
Eritropoietina humana recombinante 40.000ui	24	642,50	R\$ 15.420,00
Eritropoietina humana recombinante 40.000ui	48	600,00	R\$ 28.800,00
Everolimo 0,5 mg	540	210,09	R\$ 113.448,60
Everolimo 1 mg	1800	210,09	R\$ 378.162,00
Fingolimode 0,5mg	360	149,08	R\$ 53.668,80
Gabapentina 300 mg	4698	1,88	R\$ 8.832,24
Leuprorrelina, acetato - 7,5 mg	24	233,00	R\$ 5.592,00
Metilfenidato, cloridrato - 54 mg	720	7,92	R\$ 5.702,40
Miglustate 100 mg	2700	129,18	R\$ 348.786,00
Miglustate 100mg	720	129,18	R\$ 93.009,60
Morfina, sulfato 10mg	312000	0,25	R\$ 78.000,00
Nilotinibe 200 mg	5824	36,32	R\$ 211.527,68
Octreotida 0,1 mg/ml	360	30,20	R\$ 10.872,00
Pazopanibe, cloridrato 200 mg	1440	57,25	R\$ 82.440,00
Pemetrexede 100mg	6	1290,00	R\$ 7.740,00
Pregabalina 150 mg	5040	2,16	R\$ 10.886,40
Quetiapina 300 mg	720	14,10	R\$ 10.152,00
Ranibizumabe - 10 mg/ml	370	2416,50	R\$ 894.105,00
Risperidona 25 mg	24	446,01	R\$ 10.704,24
Risperidona 3mg	24	829,81	R\$ 19.915,44
Rivaroxabana 15 mg	5124	4,40	R\$ 22.545,60
Rituximabe -10 mg/ml	4	4182,54	R\$ 16.730,16

Rivastigmina 15 mg	540	9,82	R\$ 5.302,80
Rivastigmina 18 mg	360	8,42	R\$ 3.031,20
Rivastigmina 27 mg	1800	8,52	R\$ 15.336,00
Salmeterol, xinafoato + fluticasona, propionato	72	61,38	R\$ 4.419,36
Somatropina 8mg	40	500,00	R\$ 20.000,00
Sunitinibe, malato 25mg	336	192,88	R\$ 64.807,68
Sunitinibe, malato 12,5 mg	336	96,44	R\$ 32.403,84
Telaprevir 375 mg	672	138,35	R\$ 92.971,20
Tramadol 100mg	188	1,64	R\$ 308,32
Topiramato 50 mg	6000	0,35	R\$ 2.100,00
Vandetanibe - 300 mg	360	400,64	R\$ 144.230,40
Tocilizumabe 200 mg	170	449,99	R\$ 76.498,30
Vigabatrina 500 mg	3240	1,77	R\$ 5.734,80
Voriconazol 200mg	672	213,32	R\$ 143.351,04
TOTAL T₁			R\$ 6.153.460,60
RENAME: NÃO INCORPORADO SUS	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Ácido zoledrônico 5 mg	17	1.012,53	17.213,01
Alfaglicosidase 50 mg	432	1.324,04	571.985,28
Bevacizumabe - 25 mg/ml	360	1.031,14	371.210,40
Belimumabe 120 mg	64	424,82	27.188,48
Belimumabe 400 mg	12	1.416,07	16.992,84
Dabigatrana, etexilato 110 mg	6.000	2,53	15.180,00
Dasatinibe 50 mg	360	135,56	48.801,60
Eltrombopague olamina 25 mg	364	83,54	30.408,56
Eltrombopague olamina 50 mg	560	167,17	93.615,20
Etanercepte 150 mg	72	1.171,46	84.345,12
Etanercepte 150 mg	48	1.212,71	58.210,08
Fotemustina 208 mg	6	2.418,91	14.513,46
Glicosamina, sulfato 500 mg + condroitina, sulfato 400 mg	1.440	2,49	3.585,60
Hialuronato de sódio 40 mg/ 50 ml	30	282,31	8.469,30
Insulina glulisina 100 ui/ml	500	15,35	7.675,00
Insulina glulisina 100 ui/ml	6.303	15,35	96.751,05
Insulina lispro 100 ui/ml	560	22,16	12.409,60

Ipilimumabe 5 mg/ml	12	43.491,10	521.893,20
Ipilimumabe 5 mg/ml	42	10.872,77	456.656,34
Interferona - tipo alfa 2a, 5.000.000 UI	180	79,86	14.374,80
Lapatinibe, ditosilato 250 mg	2.240	32,54	72.889,60
Lapatinibe, ditosilato 250 mg	4.550	32,54	148.057,00
Letrozol 2,5 mg	720	6,40	4.608,00
Metilfenidato, cloridrato 10 mg	720	5,82	4.190,40
Octreotida 0,1 mg/ml	360	30,20	10.872,00
Omalizumabe 150 mg	12	1283,33	15.399,96
Paliperidona - 100 mg/ml	24	728,72	17.489,28
Paliperidona -100 mg/ml	30	895,55	26.866,50
Paliperidona 100 mg/ml	6	895,55	5.373,30
Paliperidona 6 mg	728	14,33	10.432,24
Paroxetina, cloridrato 20 mg	800	0,85	680,00
Quetiapina 300 mg	720	14,10	10.152,00
Rituximabe -10 mg/ml	4	4.182,54	16.730,16
Rivaroxabana 15 mg	1.540	4,40	6.776,00
Rivaroxabana 20 mg	1.456	5,07	7.381,92
Sunitinibe, malato 12,5 mg	532	96,44	51.306,08
Temozolomida 100 mg	106	390,12	41.313,71
Temozolomida 100 mg	2.700	389,18	1.050.786,00
Temozolomida 20 mg	2.220	77,23	171.450,60
Temozolomida 250 mg	45	78,02	3.510,90
Temozolomida 5 mg	260	946,15	245.999,00
Tocoferol 400 mg	8.460	0,34	2.876,40
Vandetanibe 300 mg	360	456,58	164.368,80
Ustequinumabe - 90 mg/ml	8	7.609,89	60.879,12
TOTAL T₂			R\$ 5.993.377,63