

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

FLÁVIA DE OLIVEIRA RIBEIRO
GUILHERME AUGUSTO SANCHES RIBEIRO
IGOR WILLENSHOFER

A Judicialização de Medicamentos Oncológicos no Estado de São Paulo

São Paulo
2017

FLÁVIA DE OLIVEIRA RIBEIRO
GUILHERME AUGUSTO SANCHES RIBEIRO
IGOR WILLENSHOFER

A Judicialização de Medicamentos Oncológicos no Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Campo de Conhecimento: Gestão e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Arthur Barrionuevo Filho

São Paulo

2017

Ribeiro, Flávia de Oliveira.

A judicialização de medicamentos oncológicos no Estado de São Paulo / Flávia de Oliveira Ribeiro, Guilherme Augusto Sanches Ribeiro, Igor Willenshofer. - 2017.

103 f.

Orientador: Arthur Barrionuevo Filho

Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Poder judiciário e questões políticas. 3. Política de saúde – São Paulo (Estado). 4. Administração pública – São Paulo (Estado). I. Ribeiro, Guilherme Augusto Sanches. II. Willenshofer, Igor. III. Barrionuevo Filho, Arthur. IV. Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. V. Título.

CDU 342.565.4(815.6)

FLÁVIA DE OLIVEIRA RIBEIRO
GUILHERME AUGUSTO SANCHES RIBEIRO
IGOR WILLENSHOFER

A Judicialização de Medicamentos Oncológicos no Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Data de Aprovação:

09/11/2017

Banca Examinadora:

Merula Anargyrou Steagall
Presidente da ABRALE

Prof^a. Dra. Vanessa Elias de Oliveira
Universidade Federal do ABC

Prof^a. Dra. Carla Cristiane Lopes Côrte
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Arthur Barrionuevo Filho (orientador)

São Paulo
2017

AGRADECIMENTOS

À ABRALE e seus colaboradores, por nos darem a oportunidade de conhecer a fundo tema tão importante para os indivíduos e sociedade, contribuindo com nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao nosso professor orientador, Arthur Barrionuevo Filho, por todo suporte e direcionamento para a elaboração desta dissertação.

Aos professores da Fundação Getulio Vargas, por nos fornecerem as ferramentas necessárias para nossa formação.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especialmente à Renata Santos, por disponibilizarem as informações necessárias para que este projeto se concretizasse.

A todos aqueles que foram entrevistados e que nos auxiliaram na construção deste trabalho dividindo conosco seu tempo e conhecimento.

À nossa família e amigos, por sua compreensão e apoio durante o desenvolvimento deste tema.

RESUMO

A judicialização da saúde tem se mostrado um fenômeno crescente no Brasil. O caráter universal e integral do Sistema Único de Saúde abre espaço para que a aquisição de medicamentos e serviços médicos seja feita tanto pela via administrativa quanto pela via judicial, gerando diversos problemas para a administração pública.

No Estado de São Paulo, um grande número de medicamentos oncológicos é concedido pelo poder judiciário aos demandantes. O objetivo do presente trabalho é analisar os impactos destas solicitações e se o custo dos medicamentos fornecidos por este meio é maior que o daqueles fornecidos administrativamente.

Este trabalho estuda, para tanto, a judicialização no Brasil, no Estado de São Paulo e o Sistema Único de Saúde, fazendo um comparativo com o sistema britânico e, posteriormente, analisando os preços dos medicamentos.

Palavras Chave: Judicialização; Sistema Único de Saúde; Estado de São Paulo; Câncer

ABSTRACT

The judicialization of health has been a growing phenomenon in Brazil. The universal and integral nature of the Unified Health System opens space for the acquisition of medicines and medical services through both the administrative and judicial channels, generating several problems for the public administration.

In the State of São Paulo, a large number of oncological drugs are granted by the judiciary to the plaintiffs. The purpose of the present study is to analyze the impacts of these requests and whether the cost of the drugs provided by this medium is greater than those provided administratively.

For this purpose, this work studies the judicialization in Brazil, in the State of São Paulo and the Unified Health System, comparing with the British system and, subsequently, analyzing the prices of medicines.

Key Words: Judicialization; Unified Health System; State of São Paulo; Cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra	35
Gráfico 1 - Incidência de câncer por faixa etária 2000 a 2013.....	63
Gráfico 2 - Estimativa da evolução de número de pessoas com câncer. 2008 a 2060. BRASIL.	64
Gráfico 3 - Estimativa da evolução de número de pessoas com câncer. 2008 a 2030. SP.....	65
Gráfico 4 - Registros de Câncer por Sexo	67
Gráfico 5 - Estadiamento do Câncer na Data do Diagnóstico.....	68
Gráfico 6 - Casos Diagnosticados de Câncer de Mama nos Estágios 0 e I.....	69
Gráfico 7 - Casos de Câncer de Próstata Diagnosticados no Estágio I.....	69
Gráfico 8 - Número de ações em atendimento. Média de 2011 a 2015.....	70
Gráfico 9 - Valores Gastos com Cada Item Judicializado. Dados de 2010 A 2016 ..	71
Gráfico 10 - Relação entre os medicamentos com e sem registro na ANVISA	76
Gráfico 11 - Comparação entre itens que apresentaram variação de preço e média para o período - ANVISA	78
Gráfico 12 - Comparação entre Itens que apresentaram Variação de Preço e Média para o Período - CONITEC	81
Gráfico 13 - Preço Médio Judicializado em Relação às Atas.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recomendações da Organização Mundial da Saúde	42
Tabela 2 - Índices de Inflação	59
Tabela 3 - Orçamento Estadual	60
Tabela 4 - Orçamento da União	60
Tabela 5 - Despesas Hospitalares e Ambulatoriais do SUS	61
Tabela 6 - Número Estimado de Incidência do Câncer.....	62
Tabela 7 - Incidência de câncer por faixa etária 2000 a 2013	63
Tabela 8 - Total de Neoplasias Estimado para o Estado de São Paulo	67
Tabela 9 - Evolução dos Gastos Judiciais no Estado de São Paulo.....	73
Tabela 10 - Custo da Judicialização de Medicamentos Oncológicos	73
Tabela 11 - Medicamentos Sem Registro na ANVISA.....	75
Tabela 12 - Medicamentos com Registro na ANVISA Posterior a 01/01/2010	75
Tabela 13 - Medicamentos com Registro na ANVISA Anterior a 01/01/2010	76
Tabela 14 - Variação entre o Preço Anterior e Posterior ao Registro na ANVISA....	78
Tabela 15 - Variação de Preço quanto à Incorporação na CONITEC	80
Tabela 16 - Relação entre Incorporação e Quantidade Demandada.....	81
Tabela 17 - Medicamentos Judicializados com e sem Marca.....	82
Tabela 18 - Medicamentos Judicializados de Marca Única	82
Tabela 19 - Z-Score dos Medicamentos em Relação às Atas de Registro de Preços	85
Tabela 20 - Itens com Custo Significativamente Maior que o Preço Médio das ARPs	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIQ	Amplitude Interquartil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARPs	Atas de Registro de Preços
ATS	Avaliação de Tecnologia de Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Coeficiente de Adequação de Preços
CCGs	Clinical Commissioning Groups
CDF	<i>Cancer Drugs Fund</i>
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNPq	Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CQC	<i>Care Quality Commission</i>
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DALY	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DGITS	Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde
DPVAT	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
EGFR	<i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
FURP	Fundação para o Remédio Popular
IAC	Incidente de Assunção de Competência
IATS	Instituto de Avaliação e Tecnologia em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESC	Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
MP	Ministério Público
NHS	<i>National Health System</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
QALY	<i>Quality Adjusted Life Year</i>
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informação Hospitalares
STF	Supremo Tribunal Federal

STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
2. O Sistema Único de Saúde.....	16
2.1. Funcionamento.....	17
2.2. Entes Federativos e seu Papel no SUS.....	19
2.3. Medicamentos.....	24
2.4. Universalismo do Tratamento da Saúde do SUS.....	26
2.5. A Assistência Onco-hematológica no SUS.....	27
2.6. Assistência Farmacêutica.....	29
2.7. CONITEC.....	30
2.8. O Sistema de Saúde do Reino Unido.....	30
2.9. O Financiamento da Saúde Pública.....	37
3. O Fenômeno da Judicialização.....	46
3.1. Panorama.....	46
3.2. Legislação.....	50
3.3. Princípios Jurídicos.....	51
3.3.1. Da Reserva do Possível.....	52
3.3.2. Da Separação dos Poderes.....	53
3.4. Jurisprudência.....	54
3.5. Poder Judiciário – Estadual e Federal.....	54
4. O Tratamento do Câncer no Brasil.....	59
4.1. Os números do Câncer.....	59
4.2. Os gastos do SUS.....	60
4.3. O Diagnóstico do Câncer.....	66
4.4. O Custo da Judicialização no Estado de São Paulo.....	70
4.5. Os medicamentos Oncológicos.....	73
4.6. Análise de dados dos medicamentos.....	74
4.6.1. De acordo com seu registro na Anvisa.....	74
4.6.2. Quanto à sua incorporação pela CONITEC.....	79
4.6.3. Quanto à marca.....	82
4.6.4. Quanto ao preço.....	83
5. Conclusão.....	89
Referências.....	94
Anexo I – Termo de Referência.....	104
Anexo II – Dados do Sistema S-codes.....	109

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas da Fundação Getúlio Vargas, têm como objeto a judicialização de medicamentos no Estado de São Paulo, mais especificamente na especialidade de Oncologia.

O tema foi proposto pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE, associação que busca nacionalmente democratizar o tratamento e qualidade de vida de pessoas com doenças hematológicas, recomendando que as seguintes questões fossem respondidas, ora transcritas:

“[...] o gasto com um medicamento judicializado poderia ser menor se o mesmo estivesse incorporado no SUS? No estado de São Paulo, quantos pacientes poderiam ser tratados se o medicamento específico estivesse incorporado? Podemos tratar quantos pacientes com o custo de uma judicialização farmacêutica?” (ABRALE. Termo de Referência).

Os objetivos deste trabalho são, ao responder às questões propostas, compreender o funcionamento das políticas públicas de tratamento do câncer, desvendar os efeitos da judicialização de medicamentos na administração pública e produzir recomendações que possam embasar o gestor em sua tomada de decisão buscando a ótima alocação do dinheiro público. Foram consideradas para esta análise apenas as ações judiciais que geraram despesas ao Estado de São Paulo, se encontrando este ente, portanto, no polo passivo.

Parte-se, assim, das seguintes hipóteses:

- O custo dos medicamentos oncológicos, quando fornecidos pela via judicial, são mais caros que aqueles fornecidos administrativamente;
- A judicialização de medicamentos gera custos ao Estado que poderiam ser melhor aplicados diretamente no sistema de saúde vigente.

Para que sejam alcançados os objetivos aqui propostos se faz necessário compreender a legislação vigente do Sistema Único de Saúde e o papel do Poder Judiciário para que a estrutura normativa seja cumprida. Em um segundo momento, é preciso fazer uma análise econômica, buscando auferir os custos diretos da intervenção judiciária nas políticas de tratamento do câncer e identificar os custos e

números do tratamento oncológico no Estado de São Paulo. Por fim, com o amparo da literatura disponível sobre a judicialização das políticas públicas, os princípios da gestão pública e teoria econômica, propõe-se produzir sugestões ao poder público para que a alocação de recursos para as políticas de tratamento das enfermidades aqui estudadas seja feita de forma mais eficiente, e garantindo um acesso universal e eficaz.

Para a compreensão do problema, foram realizadas entrevistas com os mais diversos atores que desempenham papel no sistema de saúde e na sua judicialização, dentre eles juízes, gestores públicos, administradores de hospitais, representantes da indústria farmacêutica e funcionários públicos que ocupam função em órgãos técnicos.

Artigos científicos, livros, publicações, notícias e legislação sobre o tema foram utilizados na dissertação para o desenvolvimento do presente trabalho, assim como dados primários do IBGE, INCA, ANVISA e Ministério da Saúde.

Para a análise dos medicamentos judicializados foram utilizados dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, retiradas do Sistema CODES, que registra as informações sobre o litígio da saúde pública no Estado de São Paulo. Não foi obtido acesso direto ao sistema, devido à sensibilidade dos dados nele contidos. Desta forma, as informações foram encaminhadas pela Secretaria conforme solicitação e mediante disponibilidade. Os dados primários fornecidos se encontram no Anexo II.

Os capítulos do presente trabalho obedecem a uma ordem lógica. Primeiramente, apresenta-se o Sistema Único de Saúde – SUS, sua origem, embasamento legal, os princípios norteadores da política pública em comento, as atribuições dos entes federativos e o papel de cada um, o financiamento, o fornecimento de medicamentos, e a assistência onco-hematológica, por meio dos CACON e UNACON. Em seguida, explica-se o fenômeno da judicialização, e dos efeitos das decisões judiciais nas políticas públicas, especialmente as de saúde e de atendimento farmacêutico, esclarecendo a legislação pertinente ao tema, os princípios jurídicos atinentes as atividades principais de cada um dos poderes e das relações entre estes, como o princípio da reserva do possível, da separação dos poderes, e do ativismo judicial e da contenção judicial dentro da dinâmica jurisprudencial, culminando em breve análise do Poder Judiciário nas suas esferas – estadual e federal, e sua estrutura. O sistema de saúde do Reino Unido é estudado de forma a

criar um *benchmark* das políticas públicas de saúde que podem por ventura serem adotadas por nosso país.

Por fim, é realizada uma análise de custos do problema em questão, abordando os números do câncer, os gastos do SUS e o custo da judicialização no Estado de São Paulo, principalmente quanto aos medicamentos oncológicos, identificando os possíveis problemas da obtenção destes medicamentos por uma via alternativa àquela administrativa.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS - Sistema Único de Saúde surgiu do descontentamento e da insatisfação da população com o sistema de saúde na década de 70 e 80. Várias categorias na época juntamente com parte da população criaram um movimento, designado movimento sanitário, que teve como objetivo, a criação de um novo sistema que viesse a melhorar os diversos problemas existentes no atendimento à saúde pela população. A ideia principal baseava-se na necessidade de direito à saúde pela sociedade, e que tanto a população quanto o Governo, tinham o dever de unir esforços para alcançar tal objetivo.

Com a redemocratização do país a partir do ano de 1985, várias causas sejam elas sociais, a própria sociedade civil e as autoridades públicas, buscaram unir esforços para a construção de um país mais igual para todos. Com isso, aquele movimento supracitado, chamado de movimento sanitarista, reforçou a importância de se ter uma saúde que pudesse atender a todos os brasileiros independentemente da classe, da raça e da religião (MAPELLI JUNIOR, 2015, p. 4-5).

É importante salientar que antes da criação do SUS, a saúde não tinha um cuidado especial, tendo em vista que o Brasil era um país 100% agrário e que a sua grande produção era voltada para a exportação. Com isso as atividades sanitárias tinham como foco principalmente ações de limpezas e incolumidade dos espaços, nos quais permaneciam e circulavam as mercadorias. Reynaldo Mapelli Junior dispõe sobre a saúde pública anterior à implantação do SUS:

“Ainda que o início do processo de industrialização tenha modificado um pouco o panorama sanitário brasileiro, na medida em que mecanismos de prevenção de doenças como a imunização surgiram para proteger as pessoas que residiam nas grandes cidades, a assistência pública em saúde no Brasil consistia basicamente na oferta de serviços em grandes hospitais privados com superespecialistas, contratados pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) para atender apenas trabalhadores formais que pagavam impostos, ficando grande parte da população brasileira descoberta.” (MAPELLI JUNIOR, 2015)

O modelo que era usado até então, se dava por força da Constituição da República de 1967, art 158, inciso XV, chamado de modelo assistencial-privativo predominantemente contributivo, e era já desde aquela época um sistema já deficitário em função dos baixos recursos destinado a ele.

A partir da década de 1980, este modelo de saúde passa a ser altamente criticado e questionado inclusive quanto aos tratamentos especializados que seguiam uma lógica de mercado. Foi então que a Constituição Federal - Solidária de 1988, vai concretizar a criação do SUS - Sistema Único de Saúde e conta no artigo 196, no mandamento constitucional de direito à saúde, como um direito de todos e dever do Estado. Ele é regulado pela Lei nº. 8.080/1990.

A nossa atual Constituição baseou seu capítulo sobre a saúde nas propostas da Organização Mundial de Saúde – OMS – na qual não ficava restrita apenas a cura ou ao tratamento de doenças (Preâmbulo da Constituição da OMS, 07 de abril de 1948), sendo necessária uma garantia das políticas públicas de Estado de forma a aumentar os cuidados básicos e primários da população, nos termos da Declaração de Alma-Ata.¹

2.1. Funcionamento

Em função das dimensões territoriais brasileiras, as diversas regiões são distintas umas das outras, motivando o Ministério da Saúde a idealizar maneiras de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando assim, as responsabilidades aos distintos municípios. Com esta mudança, ocorreu a unificação de comando, transferindo ao Ministério da Saúde toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma, os Estados e os municípios assumiram suas responsabilidades em suas respectivas secretarias (MAPELLI JUNIOR, 2015, p. 5-8).

O atendimento da população pelo Sistema Único de Saúde – SUS – se dá a partir de uma estrutura moldada na hierarquização das ações e serviços de saúde de acordo com os níveis de complexidade. A ideia é muito simples, uma vez que se parte do princípio que casos de menor urgência possam ser solucionados nas instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, e por sua vez

¹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na antiga URSS, de 06 a 12 de setembro de 1978

contribuem para melhorar a eficiência e eficácia do sistema todo (MAPELLI JUNIOR, 2015)

Assim, o acesso ao SUS acontece em três níveis de cuidados: no primeiro estágio estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde. Esta é a “porta de entrada” ao sistema, local onde serão agendadas consultas e exames e realizados procedimentos de menor complexidade como, por exemplo, vacinação e curativos; no segundo estágio, são as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, as UPAs e Hospitais Escolas, que cuidam de alguns procedimentos de intervenção e alguns casos crônicos e agudos de doenças; e no último, estão os casos de alta complexidade, ficando os Hospitais de Grande Porte responsáveis para seus atendimentos. Ali, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco a vida.

É possível entender o SUS como: *“um núcleo comum que concentra os princípios doutrinários e uma forma de operacionalização, os princípios organizativos.”* (BRASIL, 2000):

Os princípios doutrinários são:

- **universalização:** sendo a saúde um direito de todos, cabe o Estado dar acesso sem restrições;
- **equidade:** exatamente diminuir as desigualdades;
- **integralidade:** as pessoas são consideradas como um todo e são atendidas as suas carências.

Já os princípios Organizativos os quais são responsáveis por concretizar o SUS na prática são:

- **regionalização e hierarquização:** todos os serviços devem ser organizados em camadas de complexidade obedecendo a uma determinada região. A regionalização é uma articulação entre os serviços que já existem e a hierarquização vai dividir em níveis de atenção as necessidades dos serviços;
- **descentralização e comando único:** a descentralização é a prestação de serviços com maior qualidade garantindo o melhor controle e com uma fiscalização pelos cidadãos. Para que haja um aproveitamento melhor cada esfera de governo é autônoma e soberana;

- **participação popular:** criados conselhos que visam desenvolver estratégias para controlar e avaliar a execução das políticas de saúde.

2.2. Entes Federativos e seu Papel no SUS

De acordo com Abrucio e Franzese, Federalismo é uma maneira de organização político-territorial no qual se espera um compartilhamento tanto da legitimidade como das decisões coletivas entre todos os níveis de governo. A palavra se deriva de *foedus* que no latim significa pacto.

Desta forma pressupõe-se um acordo capaz de firmar um compartilhamento da soberania territorial, de modo que coexistam distintos entes autônomos e cujas relações são de maiores números contratuais do que hierárquica.

Assim, é sabido que Federalismo é a relação entre as diversas unidades da federação, ou seja, estados, distrito federal e os municípios com o Governo Federal. O federalismo pressupõe a repartição de responsabilidades governamentais a fim de garantir a integridade do Estado nacional frente às varias disputas e desigualdades regionais.

A federação brasileira está regulamentada pela Constituição Federal, a qual buscou distribuir competências e direitos ente seus entes, deixando cada um com suas autonomias tributárias, administrativa e política, não prevendo nenhuma relação hierárquica entre todos (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b).

São os textos constitucionais e infraconstitucionais (Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142) que definiram os papéis de cada ente federado bem como suas diretrizes de como atuar na proteção da saúde. É de vital importância relatar a Lei 8.142, que criou em cada esfera do governo os conselhos de saúde, que são compostos pelos cidadãos, usuários e gestores.

Abaixo estão relacionadas as atribuições e competências de cada ente federativo no que se refere ao Sistema Único de Saúde. As competências do Distrito Federal são iguais as dos estados e municípios: (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b).

Atribuições Comuns

- a) Escolha de mecanismos de controle suas instâncias, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;
- b) Administração dos recursos orçamentários e financeiros;
- c) Acompanhamento do nível de saúde da população e condições ambientais;
- d) Elaboração de normas técnicas e padrões de qualidade visando padronizar custos e dar assistência ao trabalhador;
- e) Formulação das políticas de ações de saneamento básico e meio ambiente;
- f) Elaboração de propostas para o orçamento do SUS;
- g) Elaboração de propostas para regulamentar atividades de serviços privados de saúde;
- h) Implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- i) Promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- j) Definir as instâncias e mecanismos de controle referentes ao poder de polícia sanitária;
- k) Executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Competências da Direção Nacional do SUS

- a) Formular projetos de alimentação e nutrição;
- b) Participar ativamente na formulação e implementação das políticas:
 - i. de controle das agressões ao meio ambiente;
 - ii. de saneamento básico; e
 - iii. às condições dos ambientes de trabalho;
- c) Definir os sistemas:
 - i. das redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - ii. da rede de laboratórios de saúde pública;
 - iii. de vigilância epidemiológica; e
 - iv. vigilância sanitária;
- d) Definição de normas, critérios e padrões de um controle das condições de trabalho

- e) Responsável pela vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- f) Estabelecer normas para controle de produtos de consumo e uso humano;
- g) Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal;
- h) Regulamentar as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de planos de saúde;
- i) Descentralizar para as Unidades Federadas e para os Municípios, os serviços e ações de saúde;
- j) Elaborar um planejamento Estratégico Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- k) Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e avaliar as situações técnicas e financeiras do SUS nacionalmente.

Competências da Direção Estadual do SUS

- a) Promover a descentralização para os Municípios sobre questão da saúde;
- b) Controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- c) Cooperar tecnicamente e financeiramente com os Municípios;
- d) Formular a política de ações de saneamento básico;
- e) Identificar hospitais de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade;
- f) Gerenciar a rede estadual de laboratórios e hemocentros;
- g) Colaborar com a União na execução sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- h) Divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito estadual.

Competências da Direção Municipal do SUS

- a) Planejar e avaliar as ações e serviços de saúde executando os serviços públicos da saúde;
- b) Dar execução à política de insumos e equipamentos para a saúde na esfera municipal;
- c) Formar consórcios administrativos intermunicipais;

- d) Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, controlando e acompanhando suas execuções;
 - e) Normatizar as ações e serviços públicos de saúde municipalmente.
- (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b).

Várias normas, documentos instituídos por portarias, foram apresentadas ao longo dos anos após a promulgação da Constituição de 1988 que balizou como já supracitado a criação do SUS. Dentre estas normas, a mais conhecida e que merece destaque é a NOB 93, a qual criou as comissões intergestoras do SUS (a bipartite e a tripartite), que são os colegiados intergovernamentais (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b, p. 11-17).

Em 2000, o congresso aprovou a Emenda Constitucional nº 29 que alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, assegurando os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços voltados para a saúde pública. Ela vai determinar:

- os quantitativos e percentuais mínimos necessários para a saúde a partir de 2005;
- permitir a vinculação de recursos financeiros para a área;
- acrescentou o Fundo de Saúde e o Conselho de Saúde.

De acordo com um estudo realizado pelo Governo do Estado de São Paulo no ano de 2013 sobre o SUS, desde a data da publicação daquela Emenda até o ano de 2011, as “regulamentações”, continuaram a ser realizadas através de portarias do Ministério da Saúde. E foram estas regulamentações que definiram os repasses financeiros para projetos e programas nas esferas municipais e estaduais (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b)

A Lei nº 8.080 foi regulamentada em junho de 2011 pelo Decreto 7.508, sendo disposto a organização do SUS – Sistema Único de Saúde, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa da saúde. Será este decreto que irá sedimentar a questão federativa na saúde estabelecendo todas as competências dos Entes com relação à operacionalização das ações e serviços na área da saúde.

Com a Lei 12.466 de agosto de 2011, novos artigos foram acrescentados à Lei 8.080, arts. 14-A e 14-B, deixando criadas os conselhos: CONASS – Conselho

Nacional de Saúde, CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e as comissões intergestoras do SUS como já mencionadas anteriormente.

Por fim, foi a Lei Complementar 141 de 2012 que deixou as regras esclarecidas para os repasses orçamentários para cada Ente Federativo com relação ao SUS. Esta LC instituiu o que segue:

- o valor mínimo e as normas de cálculos do montante a ser aplicado pela União;
- percentuais mínimos de arrecadação de impostos que serão aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- critérios de rateios dos recursos da União ligadas à saúde que são destinadas aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, com o objetivo de reduzir as diferenças regionais;
- normas de fiscalização e controle de despesas com a saúde em todas as esferas.

Esta Lei Complementar tem suma importância pois dota os percentuais de receitas tributárias e impõe a obrigatoriedade dos entes federativos de partilhar seus recursos, instituindo o SUS como um sistema de interdependências e de cooperação entre todos os entes.

Integram o Sistema Único de Saúde:

- os hospitais públicos incluindo os universitários, os laboratórios, hemocentros (bancos de sangue) e transplante de órgãos;
- os centros e postos de saúde;
- os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental;
- as fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - e o Instituto Vital Brazil.

O SUS - Sistema Único de Saúde é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, conforme informações do Conselho Nacional de Saúde. Ele tem o objetivo de cuidar de todas as necessidades da área da saúde, atendendo e promovendo a saúde de toda a população, em busca de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

2.3. Medicamentos

Os medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde são divididos em três tipos, que se diferem, entre outras especificidades, por sua forma de financiamento. São os componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, é uma estratégia de acesso a remédios no âmbito do SUS, garantindo a integralidade do tratamento medicamentoso, seja eles nos níveis ambulatoriais ou hospitalares e cujas as regras já estão estabelecidas e publicadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), gerenciados e publicados pelo Ministério da Saúde (ESTADO DE SÃO PAULO, sem data).

Os três tipos de divisão do CEAF, como mencionados acima, se dividem nos grupos seguindo os critérios abaixo:

- I- tipo de complexidade no tratamento da doença ;
- II- garantia da integralidade no tratamento da doença; e
- III- manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Os medicamentos que compõe o Grupo 1 são definidos da seguinte forma:

- pela maior complexidade das doenças a serem tratadas no ambulatório;
- pela refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- remédios que apresentam um elevado impacto financeiro para o CEAF;
- remédios que são incluídos em ações de desenvolvimento produtivo dentro das indústrias na área da saúde.

O grupo 1 ainda se subdivide em:

- *Grupo 1A*: remédios financiados e comprados pelo Ministério da Saúde;
- *Grupo 1B*: remédios financiados pelo Ministério da Saúde e comprados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Todos os medicamentos do grupo 2 são financiados e comprados pela Secretaria de Saúde de São Paulo, classificando-se da seguinte forma:

- pela menor complexidade da doença a ser tratada no ambulatório com relação aos relacionados no Grupo 1;
- pela refratariedade ou pela intolerância a primeira linha do tratamento.

Já o Grupo 3 é composto pelos fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essências, considerados como a primeira linha de tratamento para as doenças que estão cadastradas no CEAF (ESTADO DE SÃO PAULO, sem data).

Os medicamentos do componente básico são adquiridos primordialmente pelos municípios, com transferências do Estado e da União, e aqueles que são produzidos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP) são adquiridos diretamente pelo Estado para suprir o programa estadual Dose Certa. Ficou estabelecido no decreto ministerial de 30 de julho de 2013 que os valores a serem financiados pelos entes federativos para as questões acima ficariam assim acordados: (BRASIL, 2013b).

- União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por cada habitante/ano
- Estados e Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por cada habitante/ano

Para que não haja uma sobrecarga e cobrança injusta por parte dos entes com relação a quantidade da população as bases serão sempre atualizadas pelos Censo IBGE mais atual. As Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, utilizarão um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros para melhorias de espaço físico e mobiliários das farmácias do SUS.

A Insulina e insumos do programa federal Saúde da Mulher são adquiridos pelo próprio Ministério da Saúde, ficando os outros entes responsáveis pelo armazenamento e distribuição dos mesmos.

A forma de contratação e aquisição de medicamentos por parte das Secretarias Estaduais, pode ser tanto as Atas Estaduais de Registros de Preço ou por consórcio de saúde, o que for melhor em relação aos valores obtidos, observando que os Municípios podem também aderir a qualquer momento as Atas (LIMA, sem data).

Ficarão as Secretarias obrigadas em um prazo de até quatro meses, encaminhar ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, a relação abaixo:

- destino das transferências dos recursos financeiros federais do Fundo Nacional de Saúde para qualquer outro Fundo;
- qual a forma de aplicação dos recursos referentes ao custeio dos medicamentos pelos entes participantes;
- quais medicamentos foram elencados;

- valor do recurso financeiro municipal utilizado para insumos para os insulino-dependentes; e
- qualquer outra alteração relacionada ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Os medicamentos do componente estratégico são fornecidos diretamente pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo principal o controle e tratamento de doenças endêmicas, fica por conta do Estado a função da distribuição em seu território (BRASIL, 2013b).

As competências do financiamento deste tipo de medicamento são variadas de acordo com os grupos em que são divididos, de acordo com sua complexidade e capacidade de financiamento da esfera administrativa, sendo os mais simples financiados pelos municípios (grupo 3) e os mais complexos pela União (grupo 1). Ao Estado, cabe o financiamento dos medicamentos do grupo 2, geralmente como alternativa à tratamentos que demonstraram intolerância ou refratariedade à primeira linha ou para doenças de média complexidade a serem tratadas ambulatorialmente.

2.4. Universalismo do Tratamento da Saúde do SUS

Os princípios que constituem o SUS são o da universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos, sendo vetores da igualdade entre os cidadãos.

O princípio do universalismo no SUS é baseado na cobertura universal da produção de serviços da saúde. Essa universalidade é um dos princípios do Sistema, tendo como desafio a garantia de que toda a população, sem qualquer tipo de diferenciação, tenha acesso aos serviços públicos de saúde, em todos os níveis do sistema de saúde (MAPELLI JUNIOR, 2015).

“O direito à saúde, na esteira da determinação constitucional de que deve ser exercido por políticas econômicas e sociais que garantam acesso universal e igualitário a todos os residentes no Brasil, foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além de outros dispositivos infraconstitucionais [...], portanto, no ordenamento jurídico, parâmetros legais para que as prestações estatais do SUS se efetivem igualmente, de forma não discriminatória.” (MAPELLI JUNIOR, 2015, p. 74)

A proposta do Universalismo é baseada em quatro características principais:

- ênfase no fortalecimento de cidadania;
- centralidade da equidade como indispensável e como valor que permeia o processo de formação de políticas sociais;
- visão e articulação abrangente de intervenções sociais, fundamentada na abordagem de direitos sociais e quebrar o círculo vicioso da pobreza e;
- o papel atribuído ao Estado como garantia de benefícios básicos.

Como a Universalidade faz parte do princípio do Estado democrático de Direito, deve promover ações e serviços de saúde destinados para toda a população. A universalização visa garantir segurança para os cidadãos, promovendo aparato estatal de proteção social a que todo o cidadão independente de contribuição específica tem direito. Ela expressa a capacidade de abrangência das políticas sociais nas ações e atendimento em serviços de saúde, resultando no acesso de todos à saúde.

Contudo, os principais desafios da universalização do tratamento da saúde do SUS é promover um projeto econômico e de desenvolvimento social que atenda os cidadãos de forma igualitária. Desta forma, é um grande desafio a manutenção de um sistema de saúde universal com as características existentes em um país como o Brasil, composto de grande extensão territorial, população numerosa, deficitário em recursos financeiros, heterogêneo regionalmente, desigual e com grande exclusão social.

2.5.A Assistência Onco-hematológica no SUS

No dia 16 de maio de 2013, através da Portaria 874, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no Sistema Único de Saúde (SUS). Tiveram como finalidade primordial desta política, a diminuição da mortalidade e a incapacidade causadas pelo próprio Câncer e a redução da incidência

de algumas formas do câncer, melhorando a qualidade de vida dos portadores desta doença (LOBO, 2016b).

De acordo com Thiago Cepas Lobo, o tratamento pode ser feito em nível ambulatorial como já mencionado, realizando exames com o objetivo de diagnosticar e também o tratamento das lesões precursoras e também em nível hospitalar, através dos hospitais habilitados como UNACON ou CACON, onde são tratados os casos de alta complexidade e densidade tecnológica (LOBO, 2016b).

Importante mencionar que o CACON – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, são os hospitais que podem realizar o diagnóstico definitivo e juntamente o tratamento de todos os tipos de câncer, porém não estão inclusos os cânceres raros e os infantis. Cabendo ao CACON proporcionar tratamento de cirurgias, radioterapias e quimioterapias dentro dos hospitais.

Já as Unidades de Assistência de Alta Complexidade – UNACON, são os hospitais que também podem realizar o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres, porém aqueles que estejam inseridos nas regiões dos hospitais. Cabendo a UNACON proporcionar os tratamentos de cirurgias e quimioterapia.

Os principais objetivos dos CACON/UNACON são:

- diagnosticar em definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e dar continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas propostas;
- realizar cirurgias, radioterapias, quimioterapias, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e hospitalar;
- armazenar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer;
- realizar ações de pronto-atendimento em oncologia;
- dar orientações tecnicamente dos cuidados paliativos com assistência ambulatorial, hospitalar e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de analgésicos.

2.6. Assistência Farmacêutica

A política pública de Assistência Farmacêutica – AF, teve início no Brasil no ano de 1971 com a criação da Central de Medicamentos – Ceme (BRASIL, 2011b, apud CHIEFFI, 2017, p. 98), tendo como norte a modernização dos laboratórios oficiais, o incentivo aos laboratórios obrigatoriamente nacionais e o incentivo aos laboratórios à pesquisa e à transparência tecnológica (CASTRO et al., 2014. apud, CHIEFFI, 2017, p. 54).

O Ceme, em seu início, atuou na aquisição e distribuição de medicamentos, e posteriormente, com a criação da Rename – lista de oficial e nacional de medicamentos, passou a contar com um total de 472 remédios. Esta foi criada em 1973 com a finalidade de ser um arquivo oficial com os produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, para o diagnóstico e o tratamento das doenças no país (BRASIL, 1982, apud CHIEFFI, 2017, p. 96).

Atualmente a AF está inserida no SUS como parte da assistência terapêutica integral, juntamente com a ação de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador brasileiro (BRASIL, 1988).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2016, apud CHIEFFI, 2017, p. 95), uma política adequada de AF deve englobar os seguintes princípios: seleção racional e incorporação de medicamentos, juntamente com um financiamento sustentável e um sistema de saúde confiável.

A importância desta área na política pública fica clara quando analisamos os dados fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo com base no histórico dos anos 2011 a 2014, cuja dotação orçamentária a AF corresponde de 12% a 8% do total empenhado no orçamento total da SES/SP².

² Cf. sitio da Secretaria Estadual da Fazenda de São Paulo, disponível em: <https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/Paginas/FlexConsDespesa.aspx>

2.7. CONITEC

A CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – foi criada em 2011 através da Lei nº 12.401 de 28 de abril daquele ano, com o intuito de discutir a assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias na área da saúde, tudo dentro do espectro do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta comissão é atendida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS, tendo como objetivo assessorar o Ministério da Saúde – MS quando necessário nas incorporações, exclusões ou alterações de tecnologias em saúde pelo SUS (CONITEC, site eletrônico). Fica estipulado o prazo de 180 dias, sendo prorrogáveis por mais 90 dias, a análise que deve ser realizada pela Comissão quando esta for demandada para incorporar novas tecnologias ou para alterá-las, lembrando que é preciso registro prévio de qualquer produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Conitec foi regulamentada com o decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011 e foi estruturada por dois fóruns: o Plenário e a Secretaria-Executiva. O plenário é o fórum responsável pelas recomendações sobre as incorporações, exclusão e alterações de qualquer tecnologia. Toda e qualquer recomendação efetuada pelo Plenário serão submetidas à consulta pública no prazo de até 20 dias ou em caso de urgência quando este prazo cai para 10 dias.

Já a Secretaria-Executiva fica responsável pela gestão e coordenação das atividades da Conitec e também a emissão dos relatórios técnicos sobre o que foi analisado de tecnologia e é exercida pelo DGITS (CONITEC, sem data).

2.8. O Sistema de Saúde do Reino Unido

Quando se fala de saúde pública, é muito importante estudar um pouco a estrutura e o atendimento que o Reino Unido oferece para todos os residentes permanentes em seu complexo. Este sistema foi avaliado e julgado como o segundo melhor sistema de saúde do mundo de acordo com um estudo da *Commonwealth Found* de 2010. Por este fato, iremos estudar aqui nesta tese, o funcionamento e as

similaridades deste sistema com o Sistema Único de Saúde, para ao final chegar a uma conclusão na qual se possa sugerir alguma implementação de uma política pública.

O Reino Unido consiste na união política entre Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales, alcançando um total aproximadamente 63 milhões de pessoas e um PIB de 2,6 trilhões de dólares americanos em 2016.

A saúde é pública para todos residentes como já mencionado anteriormente e seu orçamento vem de taxas gerais nacionais. Aproximadamente 18% dos impostos civis são destinados diretamente à saúde, representando quase 4,5% da média dos impostos (CHANG et al, p. 2-11).

De acordo com a OCDE em um *paper* de 2015, o Reino Unido gasta em torno de 9,3% do seu PIB nesta área, dados estes de 2012, o que representou naquele ano um total de U\$ 3.289 per capita na saúde pública. Este investimento na área da saúde ficou 5% acima da média dos países estudados e pesquisados pela própria OCDE (2015, p. 2-20).

O Serviço Nacional da Saúde – NHS – sigla em inglês, foi fundado em 1946 e é o órgão responsável por esta área da administração do Reino Unido. Antes da criação deste órgão, a saúde era destinada apenas para a classe mais abastada do Reino, quando se conseguia um tratamento para um cidadão menos favorecido era através de uma caridade ou doação por parte dos hospitais escolas. Foi a partir de 1911 que David Lloyd George, introduziu a cobrança de um imposto que era dedutível de todos funcionários para formar um seguro da saúde. A partir da Segunda Guerra Mundial, um esforço foi feito para lançar um sistema público da saúde, que foi financiado com o pagamento dos impostos, de forma que todos cidadãos eram taxados.

Nos anos 90 o sistema do NHS começou a passar por grandes mudanças, criando um chamado mercado interno e o '*quasi-market*'³. Este mercado interno nada mais foi que criar uma competição em vários setores do órgão para estimular a baixa dos preços e também a cooperação entre todos os atores

³ É uma estrutura institucional do setor público destinado a buscar os supostos ganhos de eficiência do livre mercado, sem perder os benefícios patrimoniais dos sistemas tradicionais da administração pública e do financiamento.

envolvidos. Há uma organização independente que gerencia a livre concorrência entre eles (PROPPER, SÖDERLUND, p. 1).

Foi desde o governo Blair que o NHS passou por reformas consistentes e estruturais, com o intuito de encorajar a privatização da indústria ligada a saúde e, em contra partida, oferecer maiores opções de tratamentos e medicamentos para os pacientes. Esta reforma também buscou baixar os custos médicos e acelerar os processos.

O programa de saúde pública é dividido em três departamentos:

- a) *Department of Health*: o Departamento da Saúde fica responsável pela melhora substancial da saúde e do bem-estar da população Inglesa. É neste departamento que são produzidas todas pesquisas e guias para uma melhor saúde e cuidado social.
- b) *Primary Care Trust*: este departamento é o responsável por promover a melhora da área nos bairros, para isso trabalha em conjunto com várias agências ligadas ao tema, hospitais comissionados e serviços comunitários. Existe um ponto de primeiro contato nas localidades para as primeiras informações.
- c) *Strategic Health Authorities*: aqui o objetivo deste setor é garantir as prioridades nacionais da saúde, integrando-as nos planos locais e nas estratégias de ação. É de construir também uma capacidade de serviço médico de qualidade e com isso garantir a máxima qualidade na performance do setor.

De acordo com Organização Mundial da Saúde – OMS, o financiamento público cobre aproximadamente 85% dos atendimentos médicos no Reino Unido. O restante é coberto pelo setor privado. Este é geralmente acessado através de grupos empresariais ou, em menor número, por pessoas que buscam benefícios adicionais que não são cobertos pelo Estado. Alguns dos principais planos privados de saúde da Inglaterra são: BUPA, AVIVA, AXA, *Medicare International* e *Freedom Health Insurance*.

Embora o sistema NHS seja providenciado para todos residentes permanentes que não pagam pelo tratamento no momento da sua utilização, e sim de impostos e taxas recolhidas, existem os casos especiais para determinados grupos, como por exemplo, pacientes com doenças terminais, pacientes que precisem de *home care*, dentre outros.

O cuidado com a qualidade é um dos principais pilares da estrutura do NHS. Pensando nestes aspectos, o departamento de Saúde buscou aprimorar algumas áreas mais delicadas de atendimento que são: problemas com as coronárias, câncer, saúde mental, diabetes, etc.

Apesar de não estarem definidas, no escopo da NHS, suas obrigações e coberturas, uma vez que não são reguladas dentro de um estatuto ou legislação pertinente, o Sistema Nacional de Saúde disponibiliza ou paga aos pacientes os serviços de: imunização, programas vacinações, serviços psicológicos, tratamento contra drogas, tratamento dentário, oftalmológicos, reabilitações (por exemplo a recuperação após um Acidente Vascular Cerebral), entre outros procedimentos.

Importante salientar que de acordo com o NHS, a decisão sobre o volume e os serviços prestados, bem como o tempo de tratamento, é tomada pelos órgãos locais. A constituição da NHS, porém, estabelece que pacientes têm o direito ao acesso a remédios e a tratamentos aprovados pelo Instituto Nacional da Saúde e Excelência Clínica – NICE⁴ (sigla em inglês).

O NICE leva em conta em suas análises e estudos alguns fatores que irão ser fundamentais na decisão final de uma aprovação ou reprovação de um medicamento ou tratamento disponibilizado pelo Sistema Nacional de Saúde –NHS do Reino Unido. As decisões são baseadas em 3 pilares (CANCER RESEARCH UK, 2017):

- primeiramente, as evidências observadas e analisadas;
- o segundo ponto é o custo-efetividade que o tratamento ou remédio irá ao certo proporcionar ao paciente. Aqui se inclui a Qualidade de Vida Ajustada por Ano – QALY (sigla em inglês);
- e o último são as observações por parte de pacientes, organizações, profissionais ligados à área da saúde e até produtores do setor.

O QALY é uma importante ferramenta que leva em conta os efeitos no tratamento da quantidade e a qualidade de vida proporcionada por ele. Assim, a quantidade de vida significa quantos anos alguém irá sobreviver com o tratamento e

⁴ É um órgão colegiado que tem como objetivo aprovar e estudar todas as possibilidades de cura e tratamento para as doenças existentes e solicitadas por pacientes e médicos especialistas do Reino Unido.

a qualidade de vida está mais baseada de que forma a ação médica irá afetar o paciente. É bom salientar que na qualidade de vida é considerado o bem-estar do paciente, a forma de como a pessoa pode trabalhar e de que forma o paciente pode cuidar de si mesmo.

Os remédios e tratamentos não aprovados pelo NICE ficam aos cuidados do Grupo Comissionado Clínico – CCGs (sigla em inglês), onde se toma a decisão dos medicamentos e procedimentos que serão atendidos e em qual a quantidade. De acordo com o *Royal College of Surgeons in England, 2014*, existe uma grande evidencia de variações no acesso a alguns tratamentos, mesmo não havendo uma rotina na análise dos CCGs. Caso haja alguma prescrição para um medicamento que não tenha sido prescrito por algum órgão da NHS, haverá uma cobrança compartilhada do mesmo, ou seja, governo e cidadão, podendo chegar até o valor de U\$ 11,60 por item prescrito na Inglaterra (MOSSIALOS et al. p. 49-57).

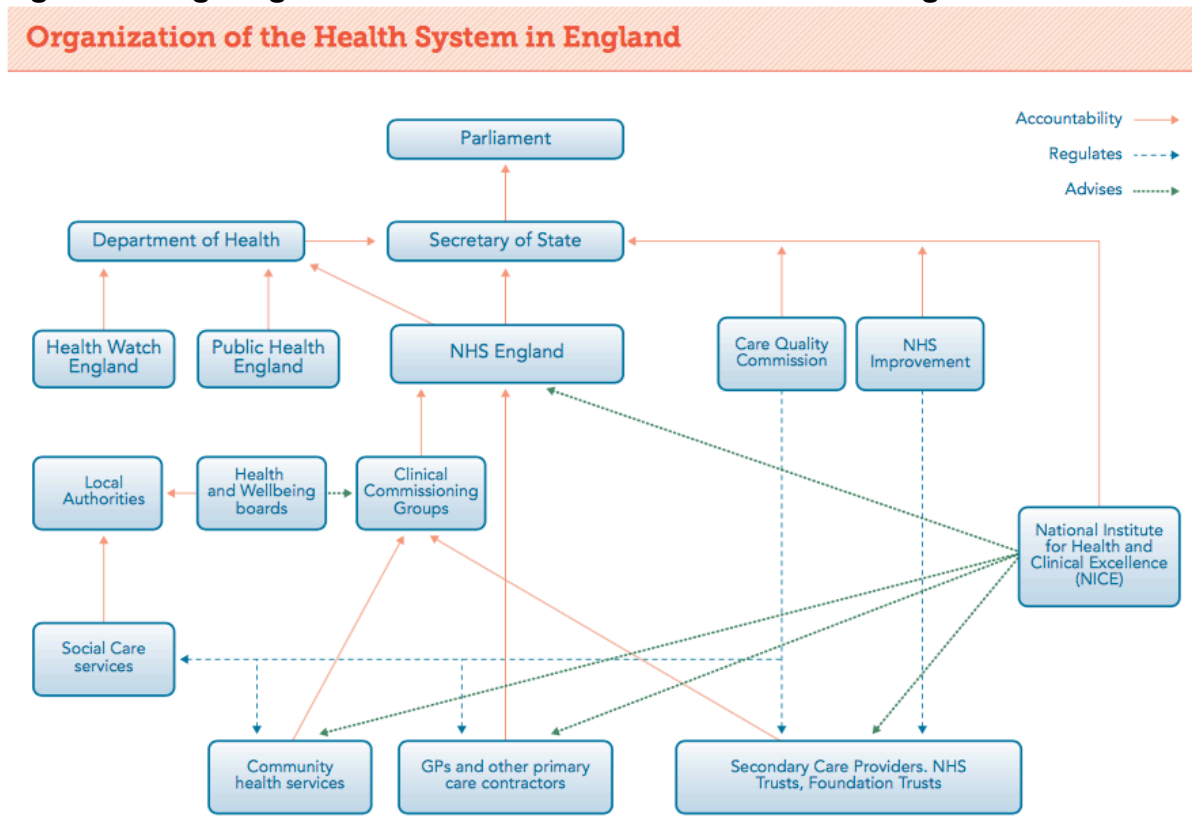
Existem alguns casos que são isentos da cobrança compartilhada ou co-pagamento, como os tratamentos de crianças abaixo 16 anos e para os de 16 e 18 que estejam em período integral escolar, idosos acima dos 60 anos, pessoas com uma renda familiar baixa, grávidas e mães que ganharam filhos nos últimos 12 meses, pessoas com câncer, pessoas com outros tipos de doenças de longo tratamento e certos deficientes.

"O NHS paga por alguns cuidados de longo prazo, como para pessoas com necessidades contínuas de enfermagem médica ou especialista, mas os pagamentos nos últimos anos foram substancialmente reduzidos. A maioria dos cuidados de longa duração é prestada pelas autoridades locais e pelo setor privado. As autoridades locais são legalmente obrigadas a avaliar as necessidades de todas as pessoas que o solicitam. Existe uma estrutura nacional para avaliar a necessidade, mas as autoridades locais são livres de estabelecer limiares de elegibilidade para acesso aos fundos, que se tornou progressivamente mais restrita" (Nuffield Trust, 2014b APUD MOSSIALOS et al. p. 49-58)⁵

⁵ Traduzido livremente do Inglês. Texto Original: "The NHS pays for some long-term care, such as for people with continuing medical or skilled-nursing needs, but payments in recent years have been substantially reduced. Most long-term care is provided by local authorities and the private sector. Local authorities are legally obliged to assess the needs of all people who request it. There is a national framework for assessing need, but local authorities are free to set eligibility thresholds for access to funds, which has become progressively more restricted."

Como já mencionado anteriormente, o NICE é um organismo independente que tem como função criar diretrizes para os tratamentos clínicos efetivamente e também aprovar novas tecnologias na área da saúde sempre interligando a eficiência e o custo-benefício que uma determinada ação terá na NHS. Pode-se afirmar portanto, que a NICE possui dentro de suas características as mesmas funções que a CONITEC, como já exemplificado (MOSSIALOS et al. p. 49-58).

Figura 1 - Organograma do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra



Fonte: THORLBY, ARORA. Nuffield Trust, 2014. APUD MOSSIALOS et al. p. 49-58

Uma das principais características da NHS é a transparência e a avaliação constantes em seus órgãos. Todos resultados são inspecionados pelo CQC e depois há a divulgação para todos os usuários. Está implícito nesta prática que quanto mais publicidade e transparência se dá, mais dinheiro entra e a dedicação dos funcionários e médicos melhoram.

De acordo com o *paper* da *Commonwealth* todos os médicos são habilitados para consulta neste sistema, chamado de *General Medical Council*, e a cada 5 anos é necessária uma revalidação de suas funções (MOSSIALOS et al. p. 49-58).

O orçamento do NHS é limitado a um orçamento global, não podendo ser excedido. É responsabilidade CCGs monitorar e propor um orçamento compatível a cada ano.

Dentro dos fundos existentes da NHS, existe o Fundo para Remédios do Câncer – CDF (sigla em Inglês). Este fundo abrange tudo o que se refere ao câncer e ao seu tratamento. Ele tem como missão, também, proporcionar aos pacientes um mais ágil acesso aos melhores e novos tratamentos de câncer, ajuda a garantir um maior valor no dinheiro pago pelos contribuintes e ajudam às empresas farmacêuticas a comercializarem seus produtos com responsabilidade e também de adquirirem um financiamento junto a NHS.

O CDF foi criado em abril de 2011 pelo governo britânico como uma solução temporária para dar os suportes aos médicos e aos seus pacientes que necessitavam obter medicamentos regulares para tratar o câncer e que não estavam sendo contemplado pelo NHS. Este fundo já beneficiou de acordo com as estimativas do governo mais de 95.000 pacientes e seu orçamento saltou em 2011/12 de 200 milhões de Libras para 340 milhões de Libras em 2015/16 (NHS, 2016a, p 5-38).

Desde 1º de abril de 2016 há uma nova etapa de avaliação dos medicamentos que podem ser utilizados pelos médicos e pacientes. A partir daquela data ficou estabelecido que serão feitas 3 recomendações sobre os remédios. Elas podem ser:

- **Sim:** recomendação sim é quando o remédio entrará na lista de válidos e fornecidos pelo sistema nacional;
- **Não:** quando é recusado por completo e não entrará na lista; e
- **Recomendado para uso, porém sem uso do CDF:** esta é uma modalidade nova que foi introduzida nesta etapa do NICE. Aqui é avaliado que o medicamento é pertinente para o tratamento dos pacientes com o câncer, porém ainda é preciso fazer novas análises e testes antes de adicioná-los à lista NICE.

Uma vez sendo o medicamento e tratamento aprovados pelo CDF, o paciente pode começar receber imediatamente o remédio diretamente das redes cadastradas para a entrega ou tratamento (NICE, site eletrônico).

A grande mudança no processo acima foi que anteriormente não era analisado o custo-eficiência do medicamento, apenas havia recomendações favoráveis ou desfavoráveis. Atualmente, existe também esta nova etapa quando se percebe que há possibilidade de uso, recomendando-se estudos de viabilidade de uma forma que os pacientes possam receber os melhores tratamentos possíveis da forma mais rápida.

Outro fato bem importante que foi mudado no CDF é que todo medicamento relacionado ao câncer passa por uma análise de aprovação. Há uma área específica para novas tecnologias que mantém um cronograma para estas análises particulares e consequente incorporação no sistema (NICE, site eletrônico).

Desde abril de 2016, os medicamentos são divididos em 3 grupos: no grupo 1 estão os remédios que já passaram pelo CDF tendo atendidos as diretrizes do NICE ou aqueles que já constavam na listagem antes de 31 de março de 2016; no grupo 2 estão os medicamentos que estão no CDF e já foram avaliadas pelo NICE; e no grupo 3 estão os remédios que ainda não foram avaliados pelo NICE (NHS, 2016a, p 5-38).

2.9. O Financiamento da Saúde Pública

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, o financiamento do sistema público de saúde é um dos maiores desafios encontrados pelos países. O crescimento dos gastos com saúde tem superado o crescimento econômico ao redor do globo, motivado principalmente pelo desenvolvimento de novas tecnologias e pelas mudanças na composição demográfica. De forma geral, as políticas públicas podem garantir sustentabilidade fiscal ao sistema de saúde de três formas: aumentando a arrecadação de impostos para a saúde, aprimorar a eficiência dos gastos governamentais com o sistema ou readequar os limites entre o financiamento público e o privado (OCDE, 2015, p. 24-25).

A sustentabilidade fiscal consiste na habilidade do governo em organizar suas finanças de forma a prover os serviços necessários e manter suas despesas e políticas sem grandes ajustes ao longo do tempo, sem incorrer em dívidas excessivas

para as futuras gerações. Isto não significa que em nome de um ajuste fiscal se deve valer do corte de despesas em saúde, mas a sustentabilidade é algo que deve ser recorrentemente buscado pelas políticas públicas. O próprio aumento de despesas no setor pode, por vezes, ser apropriado, visto que a saúde é um importante indutor do desenvolvimento econômico, gerador de empregos e, de forma geral, a sociedade se mostra mais disposta a maiores contribuições nesta área do que nas demais. (OCDE, 2015, p. 25-26)

Uma série de políticas são propostas pela OCDE para alcançar um sistema de saúde que atenda à população de forma igualitária, universal e economicamente viável. A realocação de recursos e a criação de novas receitas é a primeira política apresentada. Os países membros desta organização alocam, em média, 15% de seu orçamento para a saúde, e entre 2000 e 2012, a fatia desta pasta nos gastos totais cresceu 1,4%. A diversificação das fontes de recursos é um importante mecanismo para o financiamento futuro da saúde, uma vez que reduz a dependência nas contribuições advindas da folha salarial, que tendem a ser menores com o passar dos anos à medida que a população envelhece. Alguns países aumentaram a base de contribuições para a saúde incluindo taxas sobre dividendos, pensões sobre os mais ricos ou impostos para os profissionais autônomos. Outros aumentaram os encargos da seguridade social “carimbando” a fatia destinada à saúde. Por fim, alguns membros criaram taxas de saúde pública sobre os produtos prejudiciais à saúde, como o tabaco, o álcool e alimentações que não sejam saudáveis. Este tipo de política tem o duplo efeito de aumentar a receita e diminuir o consumo de substâncias prejudiciais (OCDE, 2015, p. 33-35).

Uma melhor alocação dos recursos arrecadados é importante para o desenvolvimento de um sistema de saúde que se sustente ao longo do tempo. Uma série de medidas foram tomadas pelos países membros da OCDE, impulsionados pela crise econômica de 2008. Em primeiro lugar, a fatia dos medicamentos genéricos aumentou em 23% em cinco anos. Alguns países se concentraram em realizar negociações centralizadas com as empresas farmacêuticas, obtendo reduções na aquisição de medicamentos que chegaram a 20%, como foi o caso de Portugal. A Grécia obteve uma redução de 1,2 bilhão de Euros nas despesas com medicamentos através da negociação de preços. Outros países buscaram a coparticipação dos pacientes no pagamento das drogas prescritas, medidas estas consideradas menos efetivas uma vez que limita o acesso universal à saúde. A eficácia do sistema também

deve ser revista. Grandes variações dos serviços prestados dentro dos países, apesar de poderem representar diferenças regionais, podem também significar serviços desnecessários ou insuficientes. Protocolos clínicos bem estabelecidos e campanhas de conscientização e educação do público podem diminuir estes atendimentos desnecessários. Uma melhor coordenação entre o atendimento básico e os hospitais especializados são fundamentais para diminuir os custos de atendimentos duplicados e referências inadequadas (OCDE, 2015, p. 35-37).

Ainda em relação à eficiência do sistema, a forma de compensação das prestadoras de serviço deve ser objeto de atenção. O pagamento de taxa por serviço realizado tem se demonstrado ineficiente pois acaba por gerar um alto número de atendimentos, aumentando os custos no sistema. Os pagamentos de taxas fixas, por outro lado, podem resultar em tratamentos inapropriados. Novos modelos de pagamento por performance aplicados em diversos países têm demonstrado resultados modestos. A remuneração do atendimento completo à saúde é uma alternativa que favorece a coordenação dos serviços e a taxa por serviço realizado limitada a um orçamento global tem se mostrado adequada para limitar os custos do sistema ao mesmo tempo em que mantém sua qualidade (OCDE, 2015, p. 37-38).

Políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças têm se mostrado uma forma de baixo custo com grande impacto no sistema de saúde no longo prazo. A OCDE traz como exemplos àquelas ligadas a fatores comportamentais de riscos, como consumo de tabaco e álcool, pouca atividade física e dieta inadequada, assim como segurança no trânsito, cujos investimentos na conscientização se tornam mais eficientes no longo prazo do que seu tratamento futuro. Atividades de promoção da saúde mental e de doenças crônicas, assim como seu diagnóstico precoce são importantes também naqueles países em que o envelhecimento da população ocorre de forma mais acelerada (OCDE, 2015, p. 38-39).

O reajuste da participação pública e privada na saúde também é importante para o equilíbrio das contas. A cobertura de menos indivíduos pelo sistema de saúde, o aumento da divisão de custos e a exclusão de certos serviços são alternativas que podem reduzir a pressão fiscal, mas nem todas se mostram eficazes, principalmente quando o objetivo é a cobertura universal. A definição da cesta de serviços oferecidos pelo Estado deve ser cuidadosamente planejada, a começar pelos serviços básicos e custo-efetivos que devem ser fornecidos a todos sem qualquer barreira financeira. As agências de Avaliação de Tecnologias da Saúde (ATS) podem ser utilizadas para

avaliar racionalmente quais os medicamentos, serviços e equipamentos devem fazer parte da cesta de benefícios concedida pelo sistema de saúde. Uma das possíveis atribuições destas agências é a de criação de política de *cost-sharing*, onde o tratamento mais terapêutico é provido pelo sistema, dando também a opção aos pacientes de escolher serem tratados com tratamentos menos custo-efetivos, desde que arquem com a diferença de custo. Esta mesma política pode isentar pacientes mais pobres e aqueles com doenças crônicas severas de arcar do co-pagamento (OCDE, 2015, p. 38-39).

Por fim, é recomendação da OCDE que os países busquem monitorar constantemente a sustentabilidade fiscal de seu sistema de saúde, de forma a prever seus custos futuros ajustando-os de acordo com as receitas previstas para o setor (OCDE, 2015, p. 39-42).

Na mesma direção, uma série de recomendações é feita pela Organização Mundial da Saúde – OMS para que os países alcancem a cobertura universal:

“Os sistemas de financiamento devem ser especificamente desenhados para: Prover todas as pessoas com acesso aos serviços de saúde de que têm necessidade (incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) de qualidade suficiente para serem eficazes; Assegurar que a utilização de serviços de saúde não exige do utente sacrifício financeiro” (OMS, 2010, p. 6)

Assim, o desafio dos elaboradores das políticas públicas é aplicar os meios disponíveis de forma eficiente, assegurando a equidade de acesso e qualidade dos serviços prestados:

“Todos os países enfrentam uma procura crescente por melhores serviços, ameaças à saúde e uma lista crescente de tecnologias e medicamentos, muitos deles dispendiosos, para manter ou melhorar a saúde. Os custos crescem continuamente mais do que o rendimento nacional, colocando os governos sob pressão para conter esses custos. “ (OMS, 2010, p. 10)

Para crescentes serviços, a busca de novos recursos para a saúde é imprescindível. Isto pode ocorrer dando à saúde uma maior parcela dos meios existentes ou diversificando as fontes domésticas de receitas. O pagamento direto ou co-pagamento, devem ser implementados com cuidado, uma vez que podem reduzir

o acesso igualitário e podem não gerar receitas significativas. Uma série de exemplos é dado pela OMS sobre formas que os governos nacionais encontraram para ajudá-los a subsidiar o setor. Alguns países impuseram taxas especiais sobre empresas grandes e lucrativas, como a Austrália às mineradoras e o Paquistão às farmacêuticas. Taxas sobre transações cambiais ou financeiras (como foi o caso do Brasil nos anos 90) também são recorrentes. Impostos sobre o consumo de álcool e tabaco, como recomendado também pela OCDE são encontrados na maioria dos países, enquanto na Romênia existe uma taxa de 20% sobre alimentos com alto teor de gordura, sal, aditivos e açúcar. Não há uma recomendação específica para determinada taxa em relação a outra, sendo estas escolhas políticas e dependentes das características de cada nação. Estas fontes inovadoras, porém, não devem ser fontes exclusivas de financiamento da saúde, mas sua utilização pode complementar consideravelmente as ações nesta área. A criação de novas fontes de financiamento “carimbadas” não pode, porém, garantir que haja um aumento de recursos para a saúde, uma vez que pode gerar uma diminuição por parte dos Ministérios do Planejamento e da Fazenda de outros recursos que anteriormente eram destinados à pasta (OMS, 2010, p. 22-36). O aumento das receitas destinadas à saúde é, portanto, uma decisão política que deve ser discutida na sociedade, podendo ser feito de diferentes formas de acordo com a estrutura interna, as necessidades e a disposição para o aumento de impostos e taxas de cada nação.

Quanto às despesas públicas, a OMS elenca diversas causas da ineficiência dos sistemas públicos de saúde, que podem ser ligadas principalmente aos medicamentos, produtos, serviços e estratégias. Quanto às estratégias, a organização destaca o financiamento de intervenções inadequadas de alto custo e que demonstram poucos resultados, enquanto outras intervenções poderiam mostrar maior custo benefício. Além disso, pode haver um desequilíbrio entre as ações de promoção, prevenção e tratamento. Sugere-se avaliar com regularidade as evidências sobre custos e impacto das intervenções, tecnologias e medicamentos, levando em conta as opções políticas da sociedade. Em relação aos produtos e serviços, pode-se destacar o excesso de oferta de determinados serviços, práticas ineficientes de admissão, falta de alternativas ao tratamento hospitalar, assim como falta de planejamento no dimensionamento das estruturas de atendimento. Dentre as sugestões da agência deve-se reformular as estruturas de incentivo e pagamento das prestadoras de serviço, o estabelecimento de protocolos clínicos, assim como

disponibilizar alternativa à internação hospitalar (*daycare*) e redimensionar a capacidade do sistema a fim de mitigar a ociosidade em alguns casos e o excesso de demanda em outros (OMS, 2010, p. 65-67). Do lado dos medicamentos, objeto de nosso estudo, destacam-se três pontos, cujas causas e recomendações são demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Recomendações da Organização Mundial da Saúde

Causas de ineficiência	Razões habituais para a ineficiência	Como ultrapassar a ineficiência
1. Medicamentos: subutilização de genéricos e preços dos medicamentos mais elevados do que necessário	Controlo inadequado dos agentes da cadeia de oferta, prescritores e prescritores; percepção de baixa eficácia/segurança dos genéricos; padrões históricos de prescrição e sistemas ineficientes de aprovisionamento/distribuição; impostos e taxas para os medicamentos; <i>mark-up</i> excessivo.	Melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática. Requerer, permitir ou oferecer incentivos para a utilização de genéricos. Desenvolver aquisição activa baseada no levantamento de custos e benefícios de alternativas. Assegurar a transparência na aquisição e concursos. Remover os impostos e taxas. Controlar os <i>mark-up</i> excessivos. Monitorizar e publicitar os preços dos medicamentos.
2. Medicamentos: utilização de medicamentos contrafeitos ou de qualidade inferior	Mecanismos/estruturas de regulação farmacêutica inadequadas; fracos sistemas de aprovisionamento.	Reforçar os padrões de qualidade na manufactura de medicamentos; realizar testes de produtos; reforçar os sistemas de aprovisionamento com a pré-qualificação dos fornecedores.
3. Medicamentos: utilização inapropriada e ineficiente	Incentivos de prescrição inapropriados e práticas de promoção pouco éticas; procura/expectativas dos consumidores; conhecimento limitado sobre efeitos terapêuticos; quadros reguladores inadequados.	Separar as funções de prescrição e dispensa; regular as actividades de promoção; melhorar as recomendações de prescrição, informação, formação e prática; disseminar informação publicamente.

Fonte: OMS, 2010, p. 67

A prescrição, comercialização, aquisição e distribuição de medicamentos deve ser feita de forma controlada e transparente, com estudos sobre seus custos, benefícios e alternativas disponíveis. A redução da ineficiência no fornecimento destes insumos passa pelo fortalecimento das estruturas de regulação, assim como definição clara de protocolos e disseminação das informações.

Uma série de políticas devem ser tomadas para garantir que o setor público tenha a capacidade de arcar com seus custos ao longo do tempo, evitando medidas imediatistas que acabam por promover acesso desigual ou que se tornem insustentáveis no futuro. Não é apresentada pela OMS ou pela OCDE uma fórmula de como os países devem agir para financiar seus gastos em saúde, mas uma análise orçamentária para a definição de suas políticas se faz imprescindível para alcançar uma saúde com acesso universal, igualitário e sustentável.

Na alocação de recursos escassos, há a necessidade de se verificar o custo-benefício das intervenções a serem realizadas. Ao determinar as políticas de saúde a serem aplicadas no sistema público, deve-se também examinar os custos de oportunidades inerentes aos serviços que deixarão de ser prestados em razão dos

custos da disponibilização deste novo serviço (WOODS et al, 2016, p. 929). Uma forma de se avaliar estes custos é pela análise de custo-efetividade incremental, de forma a verificar se os ganhos na saúde são grandes o suficiente em relação a seus custos, para recomendar que determinado procedimento seja adotado. Tipicamente, se calcula o incremento nos custos da intervenção em razão ao incremento nos resultados à saúde, relativos aos tratamentos alternativos existentes, resultando na taxa de custo-benefício incremental (ICER) (DRUMMOND – citacao1 APUD (WOODS et al, 2016, p. 929). Os efeitos à saúde são medidos em termos de QALYs e DALYs, siglas na língua inglesa cujos significados são Anos de Vida Ajustados para Qualidade e Anos de Vida Ajustados para Incapacidade. Diversos países impõe um limiar de custo-efetividade, que se baseia na quantidade de dinheiro que, se tirada do sistema de saúde, implicará na redução de uma unidade de saúde. Da mesma forma, uma nova intervenção reduz marginalmente a disponibilidade de recursos disponíveis para as outras atividades. Assim, se a taxa de custo benefício incremental (custo por QALY ganho ou DALY evitado) de um serviço ou produto for menor que o limiar de custo-efetividade, esta nova tecnologia irá aumentar a saúde da população (WOODS et al, 2016, p. 929).

Diversos modelos econômicos são propostos para a definição deste limiar de custo-efetividade, podendo ser arbitrários ou calculados de acordo com o PIB per capita de cada país. Independentemente do modelo a ser aplicado ou mesmo da definição explícita de um limiar, a avaliação de custo-benefício deve ser realizada pois tratamos aqui de recursos finitos e que, se determinada tecnologia for incorporada ao sistema público de saúde sem que haja acréscimo de receitas na mesma proporção, outros serviços deixarão conseqüentemente de ser oferecidos, ao menos na mesma qualidade em que se apresentam.

No Brasil, não existe um limiar de custo-efetividade definido, mas para alguns protocolos clínicos estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS - CONITEC, são calculadas explicitamente as taxas de custo-benefício incremental (SOARES; NOVAES, 2017). Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015, tramita para a fixação de um limiar, a ser definido posteriormente por regulamentação, de forma que se estabeleça uma regra a ser seguida pela Comissão na avaliação de incorporação de nova tecnologia (BRASIL, 2015). De acordo com Analista de Políticas Sociais do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o estabelecimento de um limiar único pode não

ser o melhor caminho a ser seguido pelo país na busca da equidade no acesso à saúde:

“Hoje, o Brasil não possui um limiar, tal valor está sendo discutido e modelos de obtenção desse valor estão sendo propostos. Atualmente, a custo-efetividade entra como um critério de eficiência comparativa entre as tecnologias discutidas, sem a definição de um teto máximo ou mínimo. Na minha opinião, o custo-efetividade não deve ser adotada como um critério primordial nas decisões da Conitec. Uma tecnologia altamente custo-efetiva pode ser pouco factível à nossa realidade e quem sabe seja necessária uma priorização de populações. Além do desafio de se definir uma “disposição a pagar”, outro grande desafio seria a padronização de qual desfecho adotar. O QALY não é isento da influência de fatores como idade, classe social e história natural da doença. Ou seja, ele não está avaliando apenas a eficiência da tecnologia. Assim, compararmos os QALYs potenciais de uma tecnologia no Alzheimer é diferente de avaliarmos os QALYs potenciais em Asma. Tal priorização pode entrar em conflito com a equidade, um princípio tão importante para o SUS quanto a eficiência: nossa sociedade quer que adotemos tecnologias para as pessoas que possuem maior potencial de sobrevida ou para as pessoas mais vulneráveis e com maior risco de danos?”
Ivan Ricardo Zimmermann. Analista de Políticas Sociais, MBA, PhD.
Comunicação pessoal em 11 de setembro de 2017.

A adoção de critérios bem estabelecidos de custo-efetividade é importante para a transparência do Sistema Único de Saúde. Os critérios a serem utilizados porém, assim como seu alcance, são decisões que devem passar por discussão política, uma vez que afeta a população como um todo, e o atendimento a determinadas demandas faz com que, conseqüentemente, outras sejam deixadas de lado.

No caso específico do tratamento do câncer, artigo da *Câncer Research UK*, organização não governamental, demonstra que o custo dos medicamentos oncológicos aumentou em média, anualmente, 10%, entre 1995 e 2013, sendo a modalidade de doença que mais afeta os orçamentos públicos, custando ao mundo 895 bilhões de libras por ano. Isto se dá principalmente pelo alto custo do desenvolvimento de novas tecnologias para a doença, que levam, em média, 12,5 anos até sua aprovação (CANCER RESEARCH UK, 2016). Os medicamentos, porém, são responsáveis por apenas entre 4 e 5% dos resultados obtidos com o tratamento, sendo a maior parte do controle feito por cirurgia ou radioterapia. De acordo com Sullivan, a discussão não deve ser dada no acesso e disponibilidade dos tratamentos do câncer, mas sim no real valor que eles trazem e na capacidade do sistema em

arcar com seu pagamento (SULLIVAN, Richard apud CANCER RESEARCH UK, 2016).

O caráter público do financiamento do Sistema Único de Saúde implica que a decisão sobre a cesta de serviços oferecida ao público deve ser feita com ampla participação da sociedade. Recursos finitos implicam que os serviços também sejam limitados de acordo com a capacidade de pagar do Estado. A universalidade do sistema e a integralidade do atendimento garante amplo tratamento à saúde, visando buscar o atendimento a todos de forma equitativa com o melhor serviço possível, dentre todas as alternativas possíveis, frente à utilização mais eficiente dos recursos.

3. O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO

3.1. Panorama

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, inaugurou a normatização da garantia de povos e nações a direitos e garantias individuais e sociais, inerentes a todo ser humano (ONU, 1948).

Dentre estas garantias temos o direito à vida digna, e especialmente em seu artigo XXV, item 1, que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que garanta a si e sua família condições mínimas de saúde e cuidados médicos, dentre outros (ONU, 1948).

No mesmo sentido a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica), assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José/Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, enfatiza a necessidade dos Estados signatários em se comprometer no respeito aos direitos e liberdades e em garantir o livre e pleno exercício a toda e qualquer pessoa sob sua jurisdição (artigo 1º) (OAS, 1969).

Sobre este mesmo tema, discorre o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela XXI Sessão da Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966, e incorporado a legislação interna brasileira, através da promulgação do Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991, com vigência a partir de 24 de abril de 1992, nos termos do artigo 84, inciso VIII da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CRFB/88, que assegura em seu artigo 12, especialmente o item 2, “d”, “a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (ONU, 1966).

Desta forma, a legislação interna brasileira não só ratificou o entendimento internacional do direito à saúde como garantia fundamental, assim como, para preservar a observância deste, previu expressamente os procedimentos e agentes, através de leis esparsas, como a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; a Lei Federal nº 7.508, de 28 de

junho de 2011; e Portarias do Ministério da Saúde e da Anvisa, nº 399/2006, 699/2009 e 344/1998.

A normatização acima apresentada se fez necessária após experiências negativas históricas da humanidade, principalmente a Segunda Guerra Mundial, fazendo com que até hoje a maioria das nações não meçam esforços para garantir uma vida digna para seus nacionais.

Apesar de toda normatização, a execução destas políticas demanda investimentos, por vezes altos, ainda mais em um país com dimensões continentais como o Brasil. Todavia, o dinheiro, principalmente o erário, não é infinito, apresentando restrições que dificultam sobremaneira a garantia de serviços, especialmente os de saúde, objeto de estudo da presente pesquisa.

As amplas garantias e a escassez de verba para a execução de políticas públicas acabam por gerar o fenômeno conhecido como “Judicialização da Saúde”. As justificativas e o crescente aumento deste têm sido amplamente debatidos e estudados não somente de maneira empírica mas também científica.

Angélica Carlini, em sua obra “Judicialização da Saúde – Pública e Privada” (2014, p. 153), contribui com a seguinte observação:

“Para os cidadãos brasileiros, cada decisão judicial representa a extensão do que é possível conseguir em juízo em relação à efetividade do direito social à saúde. Por isso, não raro, decisões judiciais são divulgadas pela mídia nacionalmente, têm grande repercussão e incentivam novos processos judiciais para obtenção de medicamentos, tratamentos, órteses, próteses e outras formas corriqueiras ou excepcionais de tratamento à saúde.”
(CARLINI, 2014)

É garantido, assim, pelo Poder Judiciário a todo cidadão, justificando sua natureza inerte, o direito de petição (artigo 5º, inciso XXXIV, alínea “a”, da Constituição Federal de 1988).

O Estado do Bem-Estar Social, confirmado em nosso Direito Interno pela Constituição Federal de 1988, também conhecida por isto como a Constituição Cidadã, expandiu a atuação do Poder Judiciário no que diz respeito a garantia de direitos ante a ineficácia da política social do Estado.

O processo histórico de reconhecimento da saúde como direito foi longo no Brasil, tendo como marco inicial para implantação deste a partir da década de 1930, período marcado pela supressão destes direitos. Já em 1945 até 1964, surge outro

panorama político, de expansão do modelo de seguro social e da troca de benefícios por legitimidade para os governantes, beneficiando de forma diferente os grupos sociais com maior poder de barganha, o que ocasionou um agravamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário, de acordo com Fleury (2009) citado por Keyla Ketlyn Passos Pimenta (FLEURY apud PIMENTA, 2016, p. 25)

Diante deste quadro de saúde assistencialista, pautadas em ações emergenciais, passamos ao modelo contributivo, segundo o qual só poderia usufruir do benefício aquele que contribuísse para o sistema. Todavia, como dito acima, a Constituição Federal, também conhecida como Carta Magna, transformou profundamente o padrão de proteção social, ao desvincular a saúde da previdência (ambas contidas no conceito de seguro social), sendo no modelo correspondente a primeira adotada a universalização e a cidadania, em substituição ao modelo que permanece na segunda, o inicialmente conceituado modelo contributivo.

Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (2015), publicada no ano de 2015, sobre os dados e experiências da judicialização da saúde no Brasil, trabalhou não somente com o panorama da judicialização da saúde, mas também com a política judiciária de saúde no Brasil, buscando analisar a relação entre sociedade, gestão e Poder Judiciário.

Ao analisar o perfil de seis tribunais, observou que o Tribunal Paulista, no ano de 2011, teve carga média total (de trabalho por magistrado) superior à média nacional (6.086 processos), possuindo, igualmente, carga superior à média nos processos de primeiro e segundo grau (CNJ, 2015).

A dificuldade no que concerne aos dados das demandas judiciais é o fato de não se ter ao certo o número de ações aos quais respondem União, estados e principalmente os municípios, estes últimos diante da quantidade e da precariedade econômico administrativas de muitos. O próprio governo federal, através de seus órgãos como o Ministério da Saúde e a Advocacia-Geral da União, afirma isto em um de seus estudos sobre a “Intervenção Judicial na saúde pública – Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais” (BRASIL, 2013a). Extrai-se deste estudo a inexistência de estimativa quanto aos gastos municipais, e que ainda inúmeros municípios noticiam o uso de toda a verba destinada para a saúde para atendimento, por vezes, de uma única demanda judicial (CNJ, 2015).

Nos estados a situação não difere, como é o caso da Unidade Federativa objeto de nossa análise:

“O Estado de São Paulo, por sua vez, somente no ano de 2008, gastou R\$ 400.000.000,00 (quatrocentos milhões de reais) no atendimento às demandas judiciais de saúde. Esse gasto é 567% maior que o gasto de 2006, que foi de 60 milhões. Já no ano de 2010, os gastos chegaram a quase R\$700 milhões.” (BRASIL, 2013a)

Recente artigo de Cristiane Segatto (2017) publicado pelo sítio eletrônico da revista *Época*, demonstra com clareza a estreita relação entre a indústria farmacêutica e a classe médica, que deve ser considerada dentre as hipóteses passíveis de explicar o crescente número de demandas judiciais para aquisição de medicamentos (SEGATTO, 2017).

Ademais, pesquisa realizada, entre os dias 24 de outubro e 9 de novembro, pelo Instituto de Avaliação e Tecnologia em Saúde – IATS, que é um instituto nacional de ciência e tecnologia do CNPq, através de um questionário inspirado nos temas que estão sendo debatidos dentro desta temática no Supremo Tribunal Federal – STF, no intuito de conhecer a visão dos pesquisadores, professores doutores e pós-doutores nas áreas de saúde e economia que compõem o IATS, chegou à conclusão de que “o conjunto majoritário dos pesquisadores considera que a judicialização da saúde provoca desigualdade no acesso aos serviços do SUS pelos brasileiros (92,31%) e avalia que a via judicial prejudica a gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde (89,23%).” (CNPQ, 2016).

No início deste ano, o Superior Tribunal de Justiça, diante da nova sistemática do Código de Processo Civil, reacendeu a discussão, quando a Primeira Seção do Colendo Tribunal decidiu, no dia 24/05/2017, pela suspensão nacional dos processos que discutem o fornecimento, pelo poder público, de medicamentos não incluídos em lista do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2017).

Esta decisão foi determinada em razão da afetação de recurso especial para julgamento como recurso repetitivo, criando-se o tema de número 106. Todavia, os juízes das instâncias inferiores não estão impedidos de apreciar as demandas consideradas urgentes, como, por exemplo, as demandas com pedido de liminar, podendo estas serem analisadas quanto a urgência. Seu mérito, porém, deve

aguardar o pronunciamento final do STJ no Recurso Especial nº 1657156/RJ⁶ (BRASIL, 2017).

3.2. Legislação

A Constituição Federal de 1988, Lei maior pátria, previu em seu artigo 6º o direito à saúde como direito social, artigo este que sofreu alteração recente por meio da Emenda Constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015 (BRASIL, 1988)

Previu ainda em seu Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde, composta pelos artigos 196 a 200, a saúde como direito fundamental: (BRASIL, 1988).

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988. grifos nossos)

A garantia de acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, por meios de políticas sociais e econômicas, não significa uma prestação integralmente estatal. Isto porque, como preceitua o artigo 197 do mesmo Diploma Legal, tal direito poderá ser prestado de forma direta ou através de terceiros, *in verbis*: (BRASIL, 1988)

“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (BRASIL, 1988. grifos nossos)

Como mencionado no item anterior, o direito de acesso à saúde encontra previsão em outras leis além do texto constitucional. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

⁶ Pesquisa realizada no endereço eletrônico do Superior Tribunal de Justiça – Repetitivos e IAC. Disponível em <http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/>

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001, regulamenta a mencionada lei, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Ressalta-se ainda a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos.

Apresentam-se ainda outros tipos normativos como as Portarias do Ministério da Saúde (nº 399, de 22 de fevereiro de 2006; e de nº 699, de 30 de março do mesmo ano) e da ANVISA (nº 344, de 12 de maio de 1998), que estabelecem as diretrizes operacionais do SUS (Pactos pela Vida e de Gestão), e que aprovam o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial, respectivamente.

Angélica Carlini (2014, p.58) afirma, porém, que não se efetivam os direitos sociais sem a plena participação da sociedade (CARLINI, 2014, p. 58):

“vinte e cinco anos de experiência constitucional não foram suficientes para efetivar todos os direitos sociais, mas contribuíram de maneira decisiva para permitir duas conclusões: a de que a positivação dos direitos é um passo fundamental, mas não é suficiente por si só; e a de que participação social é um caminho ainda não construído plenamente na democracia brasileira, necessitando de mecanismos de incentivo que ainda não se encontram plenamente implementados.” (CARLINI, 2014, p.58)

3.3. Princípios Jurídicos

O Professor José Renato Nalini discorre sobre os princípios que regem a vida jurídico-social brasileira, principalmente a relação entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) com a seguinte indagação: “O que é a saúde para o juiz?” (NALINI, 2013, p. 199-205).

Logo, o direito explanado acima não é tratado única e exclusivamente pelo gestor público, isto é pelo Poder Executivo, como bem ficou demonstrado nos itens anteriores.

Desta forma, imperioso para melhor esclarecimento do próprio direito à saúde, bem como das relações estabelecidas entre os Poderes, principalmente no objeto de estudo da presente pesquisa, entre os Poderes Executivo e Judiciário, compreender os princípios jurídicos pertinentes, posto que tais princípios são os “valores albergados pelo Texto Maior a fim de dar sistematização ao documento constitucional, de servir como critério de interpretação e finalmente, o que é mais importante espriar os seus valores, pulveriza-los sobre todo o mundo jurídicos” (BASTOS apud SILVA, 2006, p. 21).

3.3.1. Da Reserva do Possível

O Princípio da Reserva do Possível ou Princípio da Reserva de Consistência inicia-se com a criação da Teoria da Reserva do Possível, na década de 1970, na Alemanha, quando a Corte Constitucional Alemã ao proferir uma decisão conhecida como *numerus clausulus*, diante da discussão do número de vagas em universidades públicas da Alemanha, como leciona Andreas Krell (KRELL apud ÁVILA, 2013).

Para resolver a demanda dos estudantes alemães que não foram aceitos nas universidades públicas de Hamburgo e Munique, por conta da política adotada pelo governo à época que consistia na limitação de vagas em cursos superiores, a Corte encontrou uma solução para o conflito a ela apresentado com esta inovadora teoria, que se baseia na razoabilidade da pretensão diante das necessidades sociais (ÁVILA, 2013).

Desta feita, entendeu o julgador alemão que o direito à prestação positiva por parte do Estado – vagas em universidades – só poderia ser exigido pelo cidadão daquilo que razoavelmente pudesse ser executado pelo Estado. No mesmo sentido originário, a teoria, hodiernamente presente como princípio no Direito Pátrio, é aplicada a fim de conferir efetividade as demandas, além da existência de recursos

materiais e financeiros, também de acordo com a razoabilidade e proporcionalidade entre a pretensão deduzida e a sua concretização (ÁVILA, 2013).

O artigo publicado por Kellen Cristina de Andrade Ávila, publicado em março de 2013, que serviu de base para a explicação acima, exemplifica ainda de maneira didática o presente princípio ao descrever a seguinte situação:

“um portador de determinada doença grave postular a condenação do Estado a custear o seu tratamento no exterior, onde, pelo maior desenvolvimento tecnológico, a sua patologia tiver maiores chances de cura, o juiz não deve indagar se o custo decorrente daquela específica condenação judicial é ou não suportável para o Erário. A pergunta correta a ser feita é sobre a razoabilidade ou não da decisão do Poder Público de não proporcionar este tratamento fora do país, para todos aqueles que se encontram em situação similar à do autor” (ÁVILA, 2013).

3.3.2. Da Separação dos Poderes

Em seguida, mas não menos importante, especialmente para a temática ora debatida é o Princípio Constitucional da Separação dos Poderes.

Os constitucionalistas Luiz Alberto David Araujo e Vidal Serrano Nunes Júnior (2006, p. 103-104), ao discorrerem acerca da separação dos poderes, iniciam seus comentários com o próprio texto constitucional, transcrevendo o artigo 2º da CRFB/88 que dispõe que “são Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário” (ARAUJO, 2006).

Caracterizam-se, assim, a independência e harmonia que deve reger a relação entre os Poderes da Federação. Logo, para manutenção desta, não pode haver interferência de um poder sobre outro, como fica evidente na presente pesquisa onde nota-se que o Poder Judiciário tem decidido sobre questões inerentes a ação do Poder Executivo, ferindo assim a previsão constitucional de separação tratada no parágrafo anterior (ARAUJO, 2006).

3.4. Jurisprudência

O termo “jurisprudência”, segundo definição do Superior Tribunal de Justiça, pode ser compreendido como o “conjunto das decisões e interpretações das leis feitas pelos tribunais superiores, adaptando as normas às situações de fato”⁷ (BRASIL)

O Poder Judiciário ao ser acionado não pode se escusar de responder a demanda, isto é, de solucionar o conflito a ele apresentado, diante da previsão contida na Constituição Federal de 1988 que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a Direito” (BRASIL, 1988).

Também se faz necessário mencionar a temática do “ativismo judicial” e da “contenção judicial”, uma vez que estas dialogam justamente sobre a ação e possíveis interferências de um Poder em outro. Enquanto a primeira está associada a uma participação mais ampla e intensa do Poder Judiciário na concretização dos valores e fins insculpidos na Constituição Federal de 1988, com maior interferência deste nos outros dois Poderes (Legislativo e Executivo); a segunda, em contrapartida, é a adoção pelo Poder Judiciário de conduta que procure reduzir possíveis interferências deste Poder nas ações dos demais.

3.5. Poder Judiciário – Estadual e Federal

O Capítulo III da Carta Magna estabelece a forma e estrutura do Poder Judiciário. No território brasileiro, encontra-se sua divisão administrativa em duas esferas: federal e estadual, inexistindo a divisão do Poder Judiciário na esfera municipal, como ocorre com os outros Poderes – Legislativo e Executivo (BRASIL, 1988)

⁷ BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Questionamentos surgidos na Pesquisa de Satisfação da Secretaria de Jurisprudência. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/webstj/Processo/Jurisp/PesquisaResumoEstruturado/TiraDuvidas.asp>>

Ao contrário do Poder Executivo que tem por objetivo a execução das políticas públicas, ou seja, como função principal fazer ou deixar de fazer, conforme previsão legal e quando possível a critério do gestor, o Poder Judiciário é por natureza inerte, colocando em prática sua função principal de julgar - resolver os conflitos apresentados com base na lei e restrito ao que consta dos autos processuais.

Para melhor compreender a sistemática interna deste Poder, foram realizadas durante a elaboração do presente projeto, além da revisão de bibliografia, pesquisas de campo, por meio de entrevistas exploratórias. Dentre elas, destacam-se as realizadas com uma Juíza Titular de Vara Especializada (da Fazenda Pública) do Tribunal de Justiça de São Paulo, e com um juiz de uma das Varas Federais da capital paulista.

As entrevistas foram de suma importância para comprovação do referencial teórico, posto a similitude de discrepâncias apontadas. Em primeiro lugar, importante reforçar que as demandas na justiça federal não se comparam em quantidade às demandas em trâmite na justiça estadual, uma vez que a última contempla tanto as demandas em face do Poder Público estadual – recorte do nosso trabalho, e municipal, sendo, portanto, bem maiores.

Um ponto importante abordado nas duas entrevistas foi a questão da existência ou não de médicos (peritos) dando suporte aos magistrados, posto que estes são notoriamente leigos nas questões de saúde, principalmente a farmacêutica.

O artigo 149 do novo Código de Processo Civil (Lei Federal nº 13.105, de 16 de março de 2015, DOU 17.3.2015, esta lei entrou em vigor após decorrido 01 (um) ano da data da sua publicação oficial, como previsto em seu artigo 1.045) enumera os auxiliares da justiça, dentre eles o perito; e os artigos 156 a 158 determina os procedimentos para nomeação destes peritos (BRASIL, 2015).

A justiça federal, como bem dito pelo magistrado entrevistado, conta com o apoio de médicos peritos que compõem o quadro de servidores, como demonstra o edital de concurso público para preenchimento de vagas de médicos, melhor descrito a seguir.

É disposto no edital nº 01/2011 do Tribunal Regional Federal da 2ª Região e da Justiça Federal de Primeiro Grau das Seções Judiciárias dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, publicado no Diário Oficial da União do dia 16/12/2011, na Seção 3, páginas 331 a 347, o quadro de vagas para carreiras de nível superior. Dentre elas, diversas vagas são para cargos de medicina, como clínica médica,

medicina do trabalho, psiquiatria, dentre outros. Descrevem-se ainda as atividades de cada cargo público, estando dentre as atividades a serem desenvolvidas pelos ocupantes das vagas na área médica, a “elaboração de laudos e pareceres técnicos, execução de perícias em juntas médicas (...)” (BRASIL, 2011).

A justiça estadual, por outro lado, sofre com a deficiência de suporte médico-técnico, como suscitado pela magistrada entrevistada. Os magistrados, neste caso os paulistas, podem contar com o auxílio de médicos peritos nomeados oriundos do cadastro do Tribunal de Justiça e do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo - IMESC.

Contudo, tais médicos peritos não são exclusivos das varas às quais se requisita do Estado tratamento medicamentoso específico para diversas doenças. Estes devem atender também estas outras demandas, como perícias médicas em processos judiciais de interdição, de reconhecimento de paternidade, em ações judiciais de cobrança do seguro DPVAT, de erro médico, ações previdenciárias, dentre outras.

Assim, a sobrecarga de trabalho dos médicos peritos e do instituto que auxiliam a justiça, leva à morosidade das perícias realizadas, que acabam por inviabilizar a solicitação pelos magistrados paulistas de perícias nos casos ora analisados, diante da urgência que estes requerem.

Dentro da esfera da judicialização da saúde, um tema muito debatido entre pesquisadores e especialistas, é o custo real e efetivo que a mesma causa na implementação de políticas públicas. Junto a este tema é importante também discorrer qual é o perfil dos demandantes em uma disputa na justiça, aqui concentrado no Estado de São Paulo.

O tema é de suma importância tanto que estão em pauta no STF, ainda sem deliberação, dois assuntos que tratam desta matéria. O primeiro indaga se o Estado tem a obrigação de financiar medicamentos de alto custo, e o segundo é uma solicitação para que o governo custeie os medicamentos que ainda não tenham sido incluídos no Sistema Único de Saúde (ALVIM, 2017).

O resultado terá repercussão a nível nacional, uma vez que ambos os processos foram anexados para serem julgados juntos e, com a definição da jurisprudência, todas as outras instâncias deverão seguir a decisão da Suprema Corte Federal.

Uma pergunta que muitos especialistas fazem sobre a judicialização é se este mecanismo gera algum tipo de desigualdade ou se acentua o desequilíbrio que existe entre os ricos e os pobres do Brasil em relação ao acesso à saúde (ALVIM, 2017). Para isso a doutora formada pela Universidade de São Paulo – USP, Ana Luiza Chieffi, disserta sobre este tema (CHIEFFI, 2017).

Para a autora, além de desequilibrar a relação entre o direito dos indivíduos à saúde e as limitações dos orçamentos públicos, a judicialização tem privilegiado em grande parte as pessoas com maiores recursos financeiros, fazendo com que a desigualdade como mencionado acima fique cada vez maior nesta área (ALVIM, 2017).

De acordo com a pesquisa de Chieffi, fica evidente esta desigualdade quando se compara os dados de 2010 e 2014, fornecidos pela SES de São Paulo. Dos 56 mil processos nos quais o Estado foi acionado e perdeu, ou seja, foi obrigado pela justiça a fornecer algum tipo de serviço, 64% das ações, 36.170 processos foram protagonizados por advogados privados; 13%, 7.789 casos por defensores públicos e apenas 9,1%, 5.132 casos, por promotores de justiça (CHIEFFI, 2017).

Se não bastassem estes números quase metade das ações, 47,8%, 26.957 casos, foram prescritos por clínicas privadas; 22,5%, 12.642 casos solicitados por Hospitais; 18,9%, 10.673 casos pelas UBS/ Centro de Serviço e apenas 9,2%, 2.378 casos, por clínicas especializadas (CHIEFFI, 2017).

Não muito diferente deste resultado, o Tribunal de Contas da União – TCU, fez auditorias que apontaram um salto do gasto com as decisões judiciais que passou de R\$ 70 milhões em 2008, para mais de R\$ 1 bilhão em 2015, sendo mais de 50% das ações foram representadas por advogados privados (ALVIM, 2017).

De acordo com o TCU a atuação do MP, na maioria das vezes, é bem reduzida e um número baixo de ações coletivas por remédios demonstra o caráter individual da judicialização. Com isso, gera-se iniquidade no acesso à saúde, uma vez que os pacientes que conseguiram alguma liminar são favorecidos em detrimentos aos que não acionaram a justiça, e perdendo, com isso, um tratamento universal que não necessariamente seria o mesmo da pessoa com a decisão liminar (ALVIM, 2017)

Corroborando com este pensamento o ministro do Tribunal de Contas da União, Bruno Dantas:

“Há uma relativa facilidade de acesso à justiça e uma alta probabilidade de

sucesso nas ações judiciais dessa natureza, superior a 80% no Brasil. À primeira vista, esse dado seria positivo, se não fosse um detalhe perverso: em razão dos custos processuais, as ações tendem a afastar os mais pobres. Isso quer dizer que a judicialização no Brasil, no lugar de beneficiar grupos mais vulneráveis, como quis a Constituição [...] pode estar intensificando as iniquidades já existentes na oferta de serviços à saúde” (DANTAS apud ALVIM, 2017).

O investimento total no país na área da saúde cresceu nos últimos anos, ele foi de 3% para 3,9% do PIB no ano de 2015, muito aquém dos países pesquisados. Quando comparamos com o Reino Unido, utilizado como modelo para este trabalho, verifica-se tamanha disparidade, sendo gastos naquele arquipélago aproximadamente 9,3% do PIB (CHARLESWORTH, 2015, CHIEFFI, 2017).

Em uma decisão judicial de acordo com a pesquisadora e outros especialistas, fica evidente a necessidade dos juízes analisarem pelo viés do gestor público, uma vez que seus orçamentos são finitos e as decisões nem sempre examinam o princípio da proporcionalidade, onde o fundamento é conciliar os interesses da parte demandante com o interesse coletivo do Estado (CHIEFFI, 2017).

4. O TRATAMENTO DO CÂNCER NO BRASIL

4.1. Os números do Câncer

Como foi apresentado nos capítulos anteriores, a judicialização de medicamentos se mostra um fenômeno crescente em todo o Brasil. Para entender seus efeitos no Estado de São Paulo, se faz mister analisar seus números, sobretudo em relação ao orçamento público na área da saúde.

Uma vez que estamos trabalhando com valores distantes entre si pelo tempo das séries históricas aqui apresentadas, se faz necessário estabelecer um método de ajustes de valores. A menos que disposto de forma contrária, ou explicitado que os valores apresentados são nominais, todos os valores monetários presentes nesta seção estão em Reais ajustados de acordo com o ano base de 2016, utilizando-se a média aritmética do número índice do IPCA-IBGE para cada ano, conforme apresentado por Bolton (2009, p. 12-16):

$$\text{valor do ano } y \text{ em preços do ano } x = \left[\frac{(\text{número índice para ano } x)}{(\text{número índice para ano } y)} \right] \times \text{valor no ano } y$$

Para valores correspondentes ao ano de 2017, foi utilizada a média aritmética do número índice do primeiro semestre. Os dados utilizados para ajuste de preços, portanto, são os que se seguem. Outros anos porventura utilizados tiveram seus índices calculados de acordo com a mesma abordagem metodológica.

Tabela 2 - Números Índice de Inflação

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número Índice	3.114,5042	3.321,1967	3.500,6575	3.717,8492	3.953,1533	4.310,1192	4.686,7867	4.821,5550

Elaboração Própria. Fonte: IBGE, 2017.

Para o atendimento das demandas de medicamento de competência estadual, garantindo tanto seu abastecimento como as atividades de controle e avaliação de seu uso e a educação permanente de profissionais da saúde, pacientes e comunidade a fim de buscar o uso racional dos insumos, é reservada uma parcela do orçamento da saúde denominada de Assistência Farmacêutica Especializada,

correspondente a cerca de 1 bilhão e 471 milhões de reais no ano corrente, de acordo com a Lei Orçamentária (ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).

A parcela do orçamento do Estado de São Paulo destinado à saúde têm crescido de forma constante, chegando a 10,75% dos recursos totais no ano atual. Conforme é demonstrado pela tabela abaixo, também se mostra constante, porém, a diminuição da fatia destinada à aquisição de medicamentos especializados em relação ao orçamento total vinculado à saúde.

Tabela 3 - Orçamento Estadual

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ORÇAMENTO TOTAL	209.792,1	218.652,1	224.207,8	222.784,2	207.169,4	200.630,8
ORÇAMENTO DA SAÚDE	19.627,1	20.965,0	22.316,6	22.249,6	21.379,1	21.562,2
ASSIST. FARMACÊUTICA ESP.	1.895,4	2.205,3	2.029,0	1.823,5	1.670,6	1.430,4
SAÚDE / ORÇAMENTO TOTAL	9,36%	9,59%	9,95%	9,99%	10,32%	10,75%
A.F.E. / SAÚDE	9,66%	10,52%	9,09%	8,20%	7,81%	6,63%

Fonte: Leis Orçamentárias de 2012 a 2017 do Estado de SP. Elaboração Própria. Valores atualizados em milhões de R\$ de 2016 (IPCA)

Para fins comparativos, a tabela abaixo mostra o orçamento total da União para a série de 2010 a 2017 e parcela do valor total prevista para ser utilizada na saúde. Ao contrário do que se percebe no Estado de São Paulo, o orçamento da saúde tem tido uma tendência de queda se comparado ao desenvolvimento do orçamento público federal.

Tabela 4 - Orçamento da União

	2010	2011	2012	2013
ORÇAMENTO TOTAL	2.657.555,4	2.774.390,7	2.879.099,7	2.730.385,6
MINISTÉRIO DA SAÚDE	100.376,8	108.871,2	122.844,1	125.144,5
% SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL	3,78%	3,92%	4,27%	4,58%
	2014	2015	2016	2017
ORÇAMENTO TOTAL	2.825.452,5	3.128.073,9	2.953.546,4	3.304.450,7
MINISTÉRIO DA SAÚDE	125.694,5	131.586,7	118.472,8	112.259,0
% SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL	4,45%	4,21%	4,01%	3,40%

Fonte: Leis Orçamentárias de 2012 a 2017 da União. Organização Própria. Valores atualizados em milhões de R\$ de 2016 (IPCA).

4.2. Os gastos do SUS

Com o objetivo de compreender a evolução das despesas do Sistema Único de Saúde, foram utilizados os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais

(SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambos mantidos pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e consolidado pelo Datasus, Departamento de Informática do SUS vinculado à Secretaria Executiva do MS (DATASUS);

Os dados selecionados compreendem ao período de 2008 a 2016, sendo divididos em quatro grupos nos quais os custos hospitalares e ambulatoriais foram somados da seguinte forma: (a) total gasto no território nacional, (b) total gasto no Estado de São Paulo, (c) gastos com tratamento em oncologia no Brasil e (d) gastos para estes itens no Estado de São Paulo:

Tabela 5 - Despesas Hospitalares e Ambulatoriais do SUS

	2008	2009	2010	2011	
TOTAL (a)	36.460,9	40.317,7	40.777,7	39.380,8	
.. São Paulo (b)	9.733,1	11.137,8	10.959,6	10.605,8	
ONCOLOGIA (c)	2.217,8	2.413,5	2.647,7	2.769,4	
.. São Paulo (d)	621,4	666,6	751,1	768,7	
	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL (a)	38.569,2	38.162,7	38.161,9	35.852,0	33.459,2
.. São Paulo (b)	10.132,3	9.951,8	9.890,2	9.177,7	8.562,0
ONCOLOGIA (c)	2.761,8	2.821,9	2.807,5	2.488,8	2.309,6
.. São Paulo (d)	752,1	754,7	738,4	648,9	589,4

Fonte: DATASUS. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Organização Própria. Valores atualizados em milhões de R\$ de 2016 (IPCA)

De posse destes dados fica claro que os gastos com tratamentos ambulatoriais e hospitalares têm demonstrado uma tendência negativa de forma constante ao longo dos últimos anos, sendo o Estado de São Paulo responsável, em média, por 26% das despesas com atendimento à Saúde. O valor médio da despesa paulista com oncologia em relação ao total nacional para este procedimento também se aproxima deste número, representando 27%. A participação do tratamento oncológico em relação aos gastos totais, tanto nacionalmente, quanto no Estado de São Paulo, é de aproximadamente 7%. O gasto com o tratamento oncológico se mostrou crescente em ambas as esferas ao longo dos anos, mas apresenta forte declínio nos últimos períodos, principalmente no estado.

Com o intuito de identificar os custos do tratamento de Câncer se faz necessário, a priori, verificar sua incidência no território nacional. O Instituto Nacional de Câncer publica, a cada biênio, uma estimativa de números de novos casos esperados por ano, utilizando os dados provenientes das localidades com Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Os RCBPs são bases de dados locais com

o objetivo de coletar dados dos pacientes com diagnóstico de câncer residentes em uma determinada área geográfica (IBGE, 2017b). O método proposto considera a taxa histórica de mortalidade das Unidades Federativas a fim de projetar a razão entre óbitos e novos casos de câncer encontrados nas localidades onde existem RCBP (INCA, 2009), gerando um número estimado de incidência da doença. O total de neoplasias indicado pelo instituto para o período de 2008 a 2016 é o abaixo:

Tabela 6 - Número Estimado de Incidência do Câncer

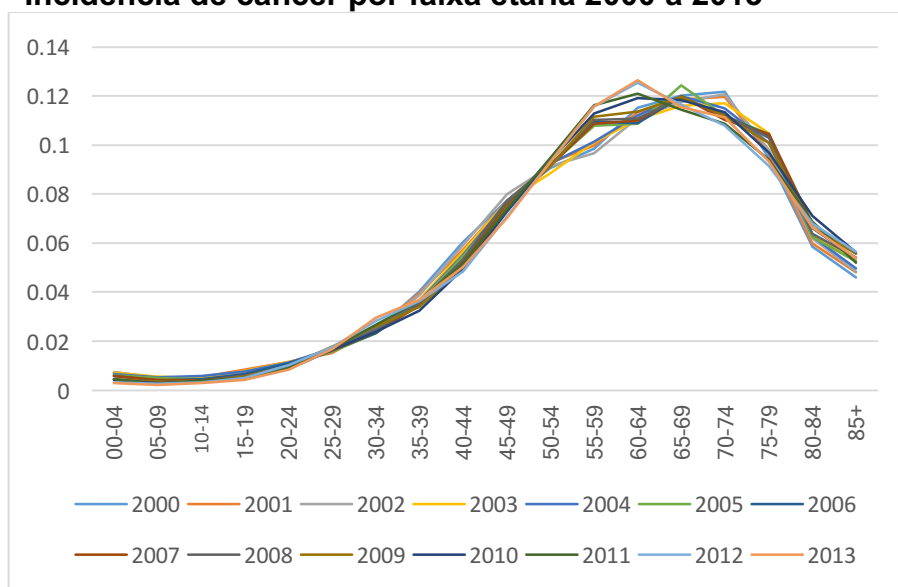
Ano	2008	2010	2012	2014	2016
Todas as Neoplasias	466.730	489.270	518.510	576.580	596.070

Fonte: INCA. Estimativas para os anos de 2008 a 2016. Organização Própria.

Não foi apresentada nesta série histórica de dados estimados do Instituto Nacional de Câncer informações concernentes a incidência de câncer correlacionada às diversas faixas etárias. A comparação entre os dados acima apresentados e as informações demográficas do IBGE mostram uma alta correlação tanto no que diz respeito ao aumento populacional quanto para o aumento da idade média dos brasileiros ($\rho_{xy} = 0,9828$ e $0,9864$, respectivamente), sugerindo que o curto intervalo analisado não é suficiente para identificarmos se o aumento do número de casos se deu simplesmente pelo aumento populacional ou teve influência do envelhecimento da população.

Para os levantamentos aqui realizados, foram utilizados os dados constantes nas publicações de Estimativas do Instituto Nacional de Câncer entre os anos de 2008 e 2016, assim como os dados de Projeção da População do Brasil por sexo e idade de 2000 a 2060 disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2013).

Para termos uma referência de como se distribui o Câncer no Brasil de acordo com a idade dos pacientes, foram utilizados dados dos RCBS entre os anos de 2000 a 2013. Para que seja demonstrada como se dá a distribuição da doença nas diferentes faixas etárias, foi determinada a proporção que cada faixa representava no total de casos em cada ano. Percebe-se pouca variação entre a proporção de casos em relação à idade dos pacientes ao longo do tempo, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Incidência de câncer por faixa etária 2000 a 2013

Elaboração própria. Valores percentuais. Fonte: INCA. Informações do Registro de Câncer de Base Populacional no período de 2010 a 2013.

Uma vez que a curva de casos por faixa etária mostra que existe uma constante tendência para incidência do câncer em relação às diversas faixas etárias ao longo dos anos, foi determinado o valor médio da ocorrência de cada ponto da curva nos diferentes intervalos de idade. Para que possamos relacionar estas informações com outros dados, foi utilizado o ponto médio de cada intervalo e, para a idade 85+, foi utilizado o valor de 87,5:

Tabela 7 - Incidência de câncer por faixa etária 2000 a 2013

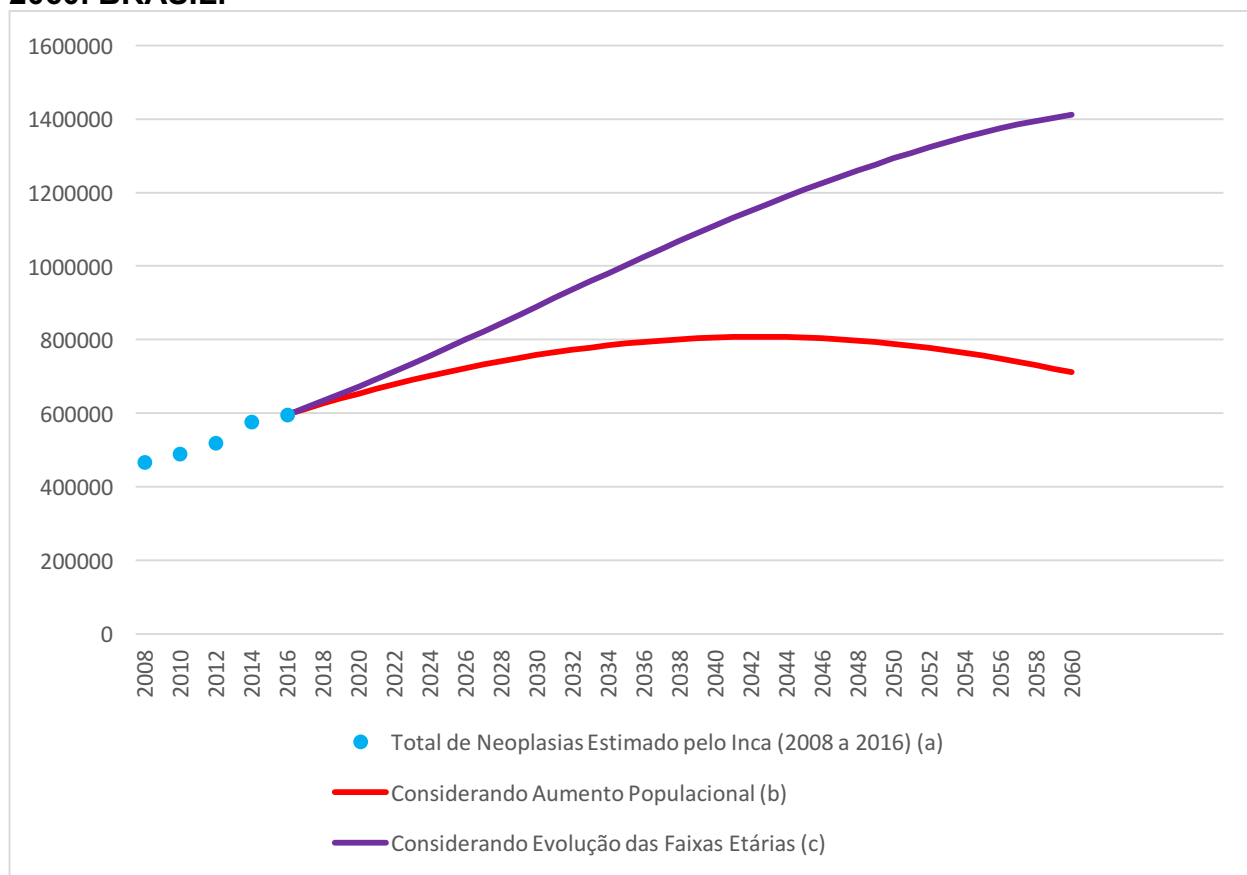
	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5	27,5	32,5	37,5	42,5	47,5	52,5	57,5	62,5	67,5	72,5	77,5	82,5	87,5	TOTAL
Incidência	0,54%	0,40%	0,42%	0,62%	1,02%	1,65%	2,51%	3,63%	5,36%	7,52%	9,22%	10,75%	11,47%	11,86%	11,38%	9,91%	6,47%	5,25%	100,00%

Elaboração Própria. Fonte: INCA. Informações do Registro de Câncer de Base Populacional no período de 2010 a 2013.

Para entender como estes dados podem se relacionar com a evolução demográfica, foram utilizadas as projeções do IBGE para o tamanho da população ao longo dos anos, separadas em grupos etários. Utilizando o ano de 2008 como base, considerando que foi o primeiro ano da série selecionada do INCA, o total de neoplasias foi distribuído de acordo com a incidência por faixa etária calculada com os dados do RCBP. Foi calculada a evolução percentual que cada intervalo de idade passa a ocupar ao longo dos anos em relação à população total e, à esta evolução, foram extrapolados os dados resultantes do ano base. Como resultado, foi possível

estimar a incidência de câncer na população brasileira ao longo dos anos, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Estimativa da evolução de número de pessoas com câncer. 2008 a 2060. BRASIL.



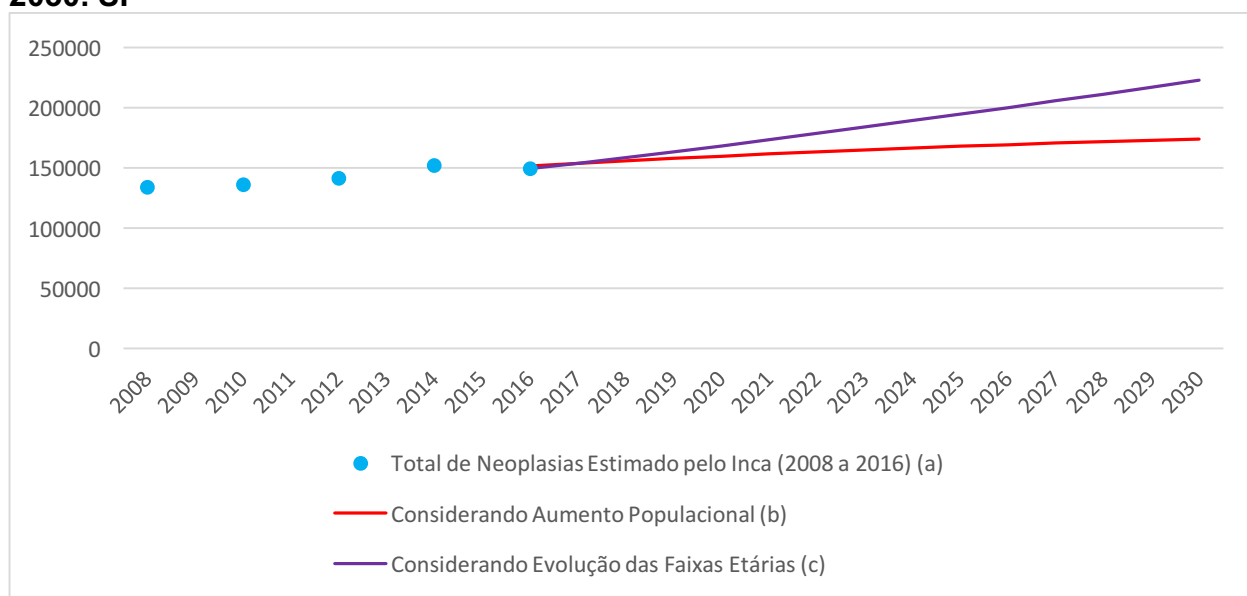
Elaboração Própria. Fonte: INCA, Informações do Registro de Câncer de Base Populacional no período de 2010 a 2013. INCA, Estimativas de 2008 a 2016. IBGE, projeções de 2000 a 2060.

Para fins comparativos foi disposto no gráfico (pontos azuis - a), o total de neoplasias estimados pelo INCA em seu relatório bianual. A linha vermelha (b) demonstra como seria a evolução do câncer se fosse considerado apenas o aumento da população brasileira ao longo dos anos, obtidos por regressão linear calculada a partir da estimativa do INCA e aplicada aos dados populacionais do IBGE. Por fim, é disposta com a linha roxa (c), a evolução da incidência de câncer se considerada a evolução populacional e sua composição etária ao longo dos anos. Pode-se perceber que, mesmo com a desaceleração do crescimento populacional e posterior estagnação e diminuição da população Brasileira, o envelhecimento desta população gerará um aumento no número de pessoas com câncer, mantidos constantes outros

fatores que possam impactar na incidência das doenças desta categoria, como políticas públicas de prevenção.

O mesmo procedimento foi realizado para o Estado de São Paulo, com projeções do IBGE para a população paulista até 2030 e dados dos RCBPs disponíveis no estado. O resultado, conforme demonstrado no gráfico abaixo, também é um acréscimo no número de casos de câncer ao longo do tempo, superior à expectativa de aumento populacional:

Gráfico 3 - Estimativa da evolução de número de pessoas com câncer. 2008 a 2030. SP



Elaboração Própria. Fonte: INCA, Informações do Registro de Câncer de Base Populacional no período de 2010 a 2013. INCA, Estimativas de 2008 a 2016. IBGE, projeções de 2000 a 2060.

É possível então, comparar os gastos do Sistema Único de Saúde com o tratamento oncológico ambulatorial e hospitalar com o total da incidência de câncer estimada pelo INCA, não para se ter uma média de gastos por paciente tratado no SUS por não ser esperado que todos os pacientes oncológicos busquem tratamento público, mas para aferir quanto é gasto no sistema para cada indivíduo que possui a doença. O valor médio anual ajustado para Reais de 2016, é de R\$ 4.846,75 em termos nacionais e de R\$ 4.854,90 no Estado de São Paulo.

Se partirmos das premissas de que estes valores se manterão constantes ao longo dos anos, o dispêndio público estadual com os procedimentos ambulatoriais e hospitalares destinados ao tratamento oncológico passaria de 589 milhões de reais (3,09% do orçamento destinado à saúde) em 2016 para 1 bilhão e 81 milhões de reais

em 2030, um acréscimo real de 49% em 14 anos que possivelmente representará uma fatia de 5,02% do orçamento da Saúde, frente aos 3,36% do último ano, dadas as limitações impostas pela Emenda Constitucional nº 95/2016.

As projeções aqui realizadas não se propõem a calcular com exatidão o número de incidência de câncer nos anos vindouros, mas nos auxiliam a identificar uma tendência de crescimento do número de casos no país e no estado de uma forma proporcionalmente maior que a evolução populacional, uma vez que foi demonstrado que a ocorrência dos mais diversos casos da doença é fortemente impactada pelo fator faixa etária. Ao ser identificado pelo IBGE que a composição demográfica brasileira tende a se alterar ao longo dos anos em relação às proporções entre as faixas-etárias, pode-se concluir que a incidência do câncer também acompanhará este novo arranjo, não podendo ser considerado, portanto, para a identificação de uma tendência, apenas o crescimento populacional. Cabe-se também ressaltar que outros fatores aqui não demonstrados, tanto de composição demográfica quanto comportamentais, também têm sua influência na evolução da taxa de incidência da doença, o que são objetos de estudo sobretudo da medicina. O objetivo das informações aqui apresentadas é demonstrar que, mantidos constantes os demais fatores que podem ter influência na incidência de câncer e uma eventual falha do poder público em criar políticas de prevenção que mitiguem o desenvolvimento destes males, seu impacto futuro no orçamento das políticas de saúde pode se tornar insustentável.

4.3. O Diagnóstico do Câncer

A Fundação Oncocentro de São Paulo é responsável por coordenar e processar as informações dos Registros Hospitalares do Câncer em âmbito Estadual, mantendo uma base de dados de pacientes produzida por todos os estabelecimentos de saúde habilitados para o tratamento oncológico. Os dados são gerados em grande parte pela rede do Sistema Único de Saúde, sendo complementados por alguns hospitais particulares ou filantrópicos, não refletindo a totalidade dos casos no Estado de São Paulo. Apesar de não poder ser utilizado, portanto, para o cálculo de incidência de câncer, é uma importante ferramenta para determinar o perfil dos pacientes,

demográfica, clínica e patologicamente (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, sem data).

Os dados disponibilizados pela Fundação correspondem a uma parcela significativa da população com câncer no Estado de São Paulo, conforme mostra tabela abaixo. O fato de os últimos anos demonstrarem uma queda no número de casos registrados não significa uma diminuição do atendimento, e sim que a inclusão dos dados relativos aos pacientes não se dá de forma imediata, levando cerca de um ano para sua atualização, sendo que uma defasagem de três anos é mundialmente aceitável (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2016, p. 2).

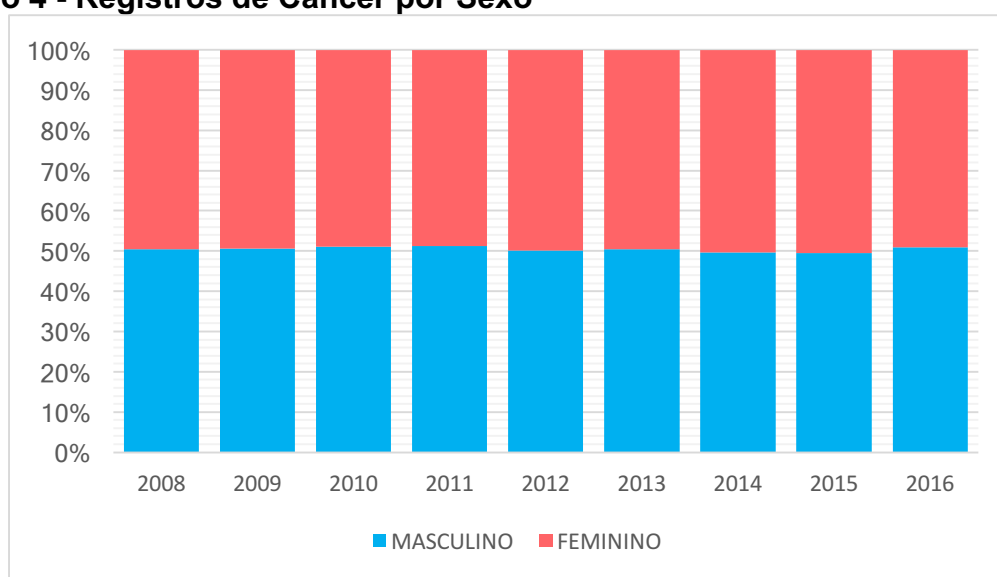
Tabela 8 - Total de Neoplasias Estimado para o Estado de São Paulo

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total de Neoplasias Estimado pelo Inca (2008 a 2016)	133.980		136.060		141.440		152.200		149.340
Casos de Câncer disponíveis no Registro Hospitalar	46.505	49.811	51.657	57.264	58.646	58.688	48.902	43.300	25.157
Representatividade da amostra %	34,71%		37,97%		41,46%		32,13%		16,85%

Elaboração Própria. Fonte: Fonte: INCA. Estimativas para os anos de 2008 a 2016. FOSP. <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/acessobancodados>

O gráfico abaixo mostra que a distribuição do câncer se dá de forma igual entre os sexos ao longo dos anos, o que indica que, apesar de algumas variedades da doença serem específicas para o gênero, de forma geral sua incidência se dá na mesma proporção entre os homens e as mulheres:

Gráfico 4 - Registros de Câncer por Sexo

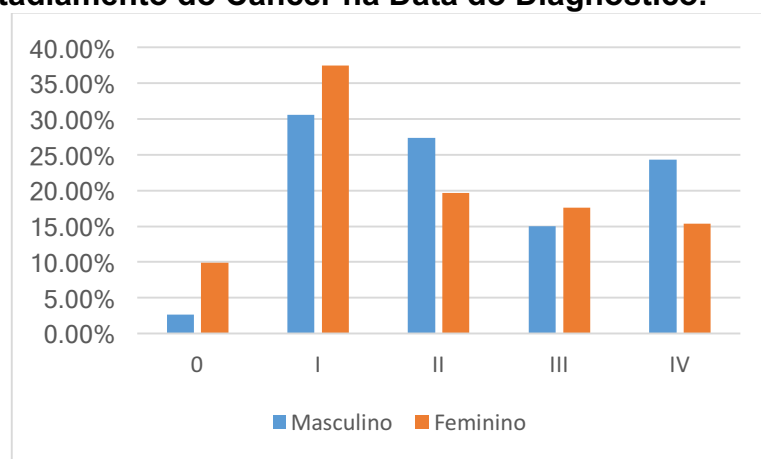


Elaboração Própria. Fonte: FOSP. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2016

Os tumores são classificados de acordo com o Sistema TNM, que avalia a extensão do tumor primário (T), a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais (N) e a ausência ou presença de metástase à distância (M) (INCA, 2004, p.5). A partir destes atributos, pode-se agrupá-los por estágios, do 0 ao IV, indicando a graduação da doença quando se deu seu diagnóstico.

Os dados da Fundação Oncocentro de São Paulo mostram o estágio em que o câncer é geralmente identificado. Conforme metodologia utilizada pela instituição, foram excluídos os casos definidos como X, para os quais não há informação quanto ao estadiamento, assim como aqueles definidos como Y, que identificam aqueles tipos de câncer para os quais não se aplica o Sistema TNM (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, sem data)

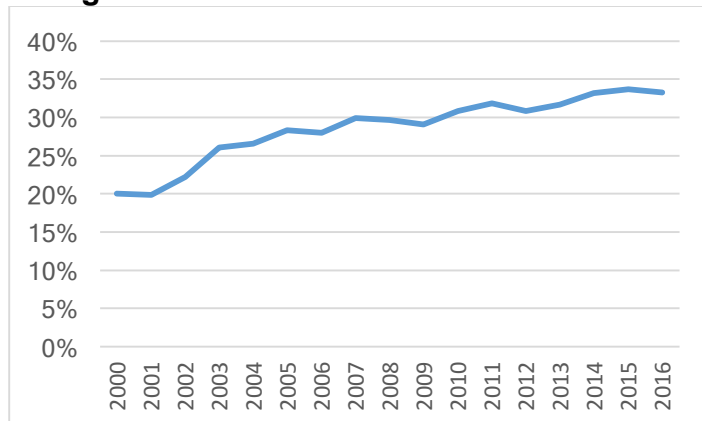
Gráfico 5 - Estadiamento do Câncer na Data do Diagnóstico.



Elaboração Própria. Fonte: FOSP. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2017

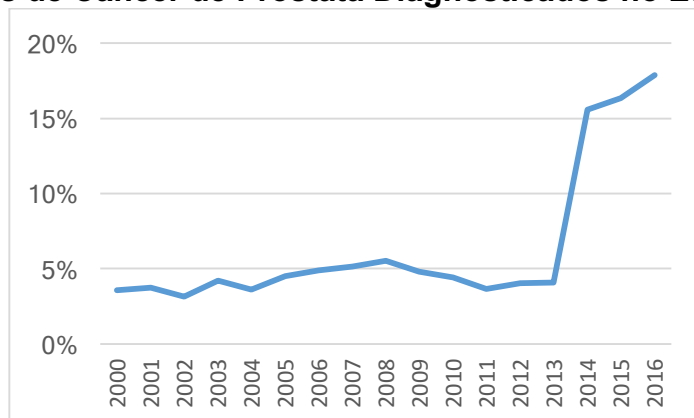
Pode-se notar que, de forma geral, o diagnóstico da doença se dá de forma mais precoce nas mulheres em relação aos homens. Sua descoberta em seu estágio de desenvolvimento mais tardio acomete aproximadamente 25% dos homens, e 15% das mulheres.

É possível atribuir esta diferença, em parte, às campanhas de prevenção. É proeminente o trabalho do terceiro setor no combate, por exemplo, ao câncer de mama. Esta é a variação do câncer que mais incide nas mulheres (cerca de 27% dos casos entre 2008 e 2016), frente ao câncer de próstata nos homens (22%). Desde o ano 2000, a porcentagem de casos na mama diagnosticados nos estágios 0 e I tem aumentado consistentemente:

Gráfico 6 - Casos Diagnosticados de Câncer de Mama nos Estágios 0 e I

Elaboração Própria. Valores percentuais. Fonte: FOSP. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2017

No caso do câncer de próstata, esta tendência de diagnóstico precoce só tem se apresentado nos últimos anos:

Gráfico 7 - Casos de Câncer de Próstata Diagnosticados no Estágio I

Valores Percentuais. Elaboração Própria. Fonte: FOSP. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2017

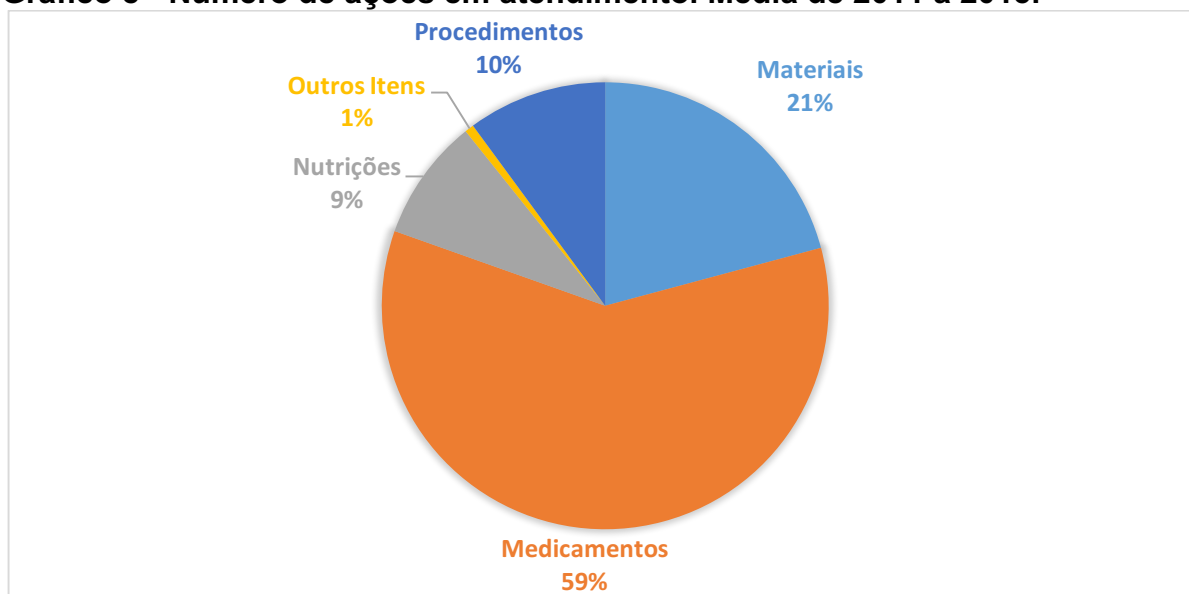
A importância do diagnóstico precoce se dá por dois motivos. O primeiro é que aumenta a chance de cura dos pacientes, chegando a 95% no caso do câncer de mama (AMARANTE, sem data). O segundo é o impacto direto do estadiamento no custo do tratamento oncológico. Estudo da ABRALÉ mostra que o custo de tratamento de um paciente com câncer no Sistema Único de Saúde pode chegar a cerca de vinte vezes mais no estágio III em relação ao I, como é o caso do câncer no cólon e reto. O câncer de mama no terceiro estágio tem um custo aproximadamente cinco vezes maior, quando o tratamento se dá antes da menopausa, e duas vezes maior no caso pós menopausa (LOBO, 2016). Estudo semelhante foi realizado para identificar os

custos do tratamento de câncer de pele tipo melanoma, demonstrando que o custo médio anual por paciente no SUS é 40 vezes superior se tratado no terceiro estágio em relação ao primeiro (SOUZA, 2009).

4.4. O Custo da Judicialização no Estado de São Paulo

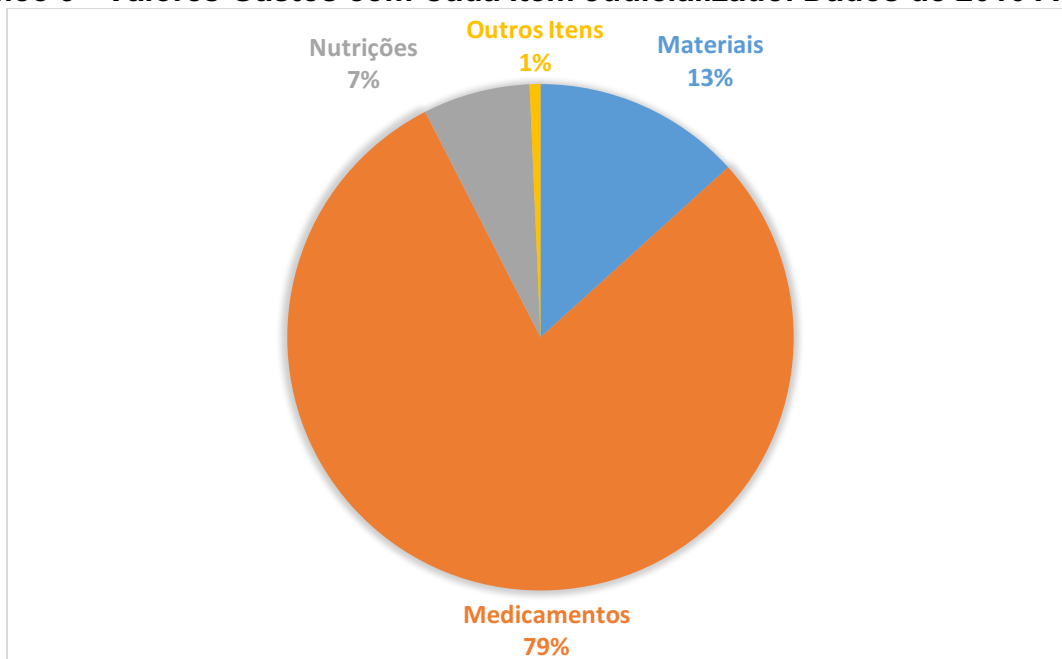
Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), o número de ações judiciais tem crescido ao longo dos anos, passando de 13.153 novas ações em 2011 para 17.707 no ano de 2016, representando um aumento médio anual de 7%. De forma geral, estas ações se dão para o fornecimento de medicamentos, insumos ou serviços de forma continuada, levando a SES-SP a atender em dezembro de 2016, 52.683 ações judiciais de forma concomitante. Conforme mostra o diagrama abaixo, a maior parte dos litígios se dá na busca de medicamentos:

Gráfico 8 - Número de ações em atendimento. Média de 2011 a 2015.



Valores Percentuais. Fonte: S-CODES. Secretaria de Estado da Saúde – SP. Elaboração Própria.

Em termos financeiros, o gasto com medicamentos representa uma fatia ainda maior do total da judicialização da saúde no estado, conforme mostra o diagrama:

Gráfico 9 - Valores Gastos com Cada Item Judicializado. Dados de 2010 A 2016

Valores Percentuais. Fonte: S-CODES. Secretaria de Estado da Saúde – SP. Elaboração Própria.

Em julho de 2016, o gasto mensal estimado com medicamentos judicializados chegava a R\$ 56.851.077,64, de forma a disponibilizar 3.482 diferentes itens de medicamentos. Para fins comparativos, foram gastos com aqueles pacientes que recorreram ao estado para obter medicamentos de forma administrativa, R\$ 36.601.061,25, com 178 itens diferentes.

Com os dados de 2016, podemos auferir o valor médio de cada judicialização. Cada paciente que recorreu ao poder judiciário para obter um item da saúde custou ao estado, mensalmente, R\$ 1.438,93, comparados aos R\$ 1.290,58 por paciente que recorreu à via administrativa, uma diferença de 11,5%. Utilizando como referência apenas medicamentos, na proporção média que este item ocupa no total judicializado, obtemos um custo médio mensal por paciente de R\$ 1.853,42 mensais.

Para compreender o caráter da judicialização de medicamentos foram selecionados os medicamentos mais demandados, assim como aqueles de maior custo individual.

Conforme números da Secretaria de Estado da Saúde, dentre os trinta itens mais demandados judicialmente, nove são insulinas. Em termos de quantidade demandada (itens unitários dispensados, como frascos, comprimidos ou ampolas), isto representa 46% dos 30 medicamentos mais judicializados, enquanto seu custo

significa apenas 7% destes. Dentre os demais medicamentos nesta seleção, se encontram medicamentos para os mais diversos tratamentos, destacando-se aqueles para doenças oculares (5,7% em termos de quantidade demandada), cardíacas (5,22%), gástricas (3%) e renais (2,8%). Apenas um medicamento oncológico se encontra dentre estes mais demandados, o Rituximabe 500mg, representando 1,93% dos itens, mas 26% do valor despendido, por ser o medicamento de maior custo médio unitário desta triagem (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2017).

Também foram selecionados os trinta itens de medicamentos de maior custo unitário dentre todos aqueles judicializados, correspondendo a 21 medicamentos e suas diferentes dosagens e apresentações. Dentre estes, nove medicamentos são recomendados para o tratamento de câncer. O custo destes medicamentos para o primeiro semestre de 2016 é de R\$ 11.843.516,75, representando 67% dos dispêndios com os trinta itens mais custosos. Dentre estes itens oncológicos de alto custo, destacam-se o Rituximabe (com demanda de 764 unidades no primeiro semestre de 2016 e custo de R\$ 3.636.021,16, Trastuzumabe (348 unidades, com custo de R\$ 3.179.245,98), Ipilimumabe (64 unidades, com custo de R\$ 2.049.769,68) e Bevacizumabe (349 unidades, com custo de R\$ 1.787.571,02). É possível notar que apenas alguns medicamentos correspondem a grande parte do valor despendido com os trinta itens mais judicializados que somaram no primeiro semestre de 2016, 17.647.725,90, e isto se dá não somente pelo alto custo do medicamento, mas também pela sua quantidade demandada. Estes quatro medicamentos destacados correspondem a 75% da quantidade demandada da seleção de itens de alto custo e 61% do custo total, enquanto a maioria dos itens (dezessete) possui menos de cinquenta unidades supridas. Dentre os medicamentos de maior custo solicitados, seis não possuem registro na ANVISA: Fenilbutirato de sódio, Galsufase, Hemina, peg-asparaginase, Romidepsina e Trabectedina, sendo estes três últimos para tratamento oncológico que juntos, somam R\$ 211.217,85 totalizando apenas 40 unidades, valor muito pequeno se comparado com o montante gasto com os medicamentos de alto custo.

4.5. Os medicamentos Oncológicos

Foi obtida junto à SES-SP a listagem de medicamentos oncológicos judicializados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. Para fazer uma análise do custo destes medicamentos no universo de todos aqueles judicializados se faz necessário demonstrar a evolução dos gastos judiciais ao longo dos anos. Com este fim, se dispõe a tabela abaixo:

Tabela 9 - Evolução dos Gastos Judiciais no Estado de São Paulo

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Materiais	18.481,7	30.985,2	35.236,6	41.739,0	49.131,6	151.675,7	142.491,9	469.741,7
Medicamentos	249.902,6	315.036,8	365.570,1	399.012,3	384.989,1	544.353,3	682.212,9	2.941.077,2
Nutrições	15.879,1	31.327,4	28.844,4	29.479,9	33.329,2	49.558,3	63.197,7	251.616,0
Outros Itens	23,6	190,6	412,4	451,2	121,1	21.691,6	715,1	23.605,6
Total Geral	284.287,1	377.540,1	430.063,6	470.682,4	467.570,9	767.278,8	888.617,7	3.686.040,5

Elaboração Própria. Valores atualizados em milhares R\$ de 2016 (IPCA). Fonte: Dados retirados do S-Codes. 2010 a 2014: MAPELLI JUNIOR, 2015. 2015: Instituto de Saúde. Sem data. Estimativa mensal multiplicada por 12. 2016: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2016. Estimativa mensal multiplicada por 12.

Com estas informações, e com os dados gerados a partir do S-CODES, é possível comparar o custo total dos medicamentos judicializados para o tratamento oncológico com os custos de todos os medicamentos judicializados na saúde, conforme é demonstrado abaixo:

Tabela 10 - Custo da Judicialização de Medicamentos Oncológicos

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total Geral
Gasto total com medicamentos	43.953,6	51.868,1	53.593,1	63.466,6	73.206,7	64.539,4	62.447,8	413.075,1
% relativa ao valor total de medicamentos	17,59%	16,46%	14,66%	15,91%	19,02%	11,86%	9,15%	14,05%
% relativa ao valor total da judicialização da saúde	15,46%	13,74%	12,46%	13,48%	15,66%	8,41%	7,03%	11,21%

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes. SES-SP. Valores atualizados em milhares R\$ de 2016 (IPCA).

O tratamento oncológico, em termos de custo para o Estado, corresponde em média a 14% do total de medicamentos judicializados, acumulando uma despesa de aproximadamente 413 milhões de reais nos últimos sete anos. Nota-se, porém, um decréscimo de sua fatia nos últimos dois anos em relação ao todo, mesmo que sua despesa tenha permanecido constante. Pode-se inferir que a judicialização de outros medicamentos não oncológicos aumentou de forma mais consistente, mas a série

histórica ainda não é representativa e um estudo mais aprofundado daqueles medicamentos que tiveram impacto maior nos últimos dois anos escaparia do objeto do presente estudo.

Entre 2010 e 2016, 90 medicamentos diferentes com fins de tratamento oncológicos foram adquiridos por ordem judicial pela SES-SP, correspondendo a 190 diferentes itens se levadas em conta suas variações, como forma de apresentação, dosagem e marca. Neste período foram dispensadas 2.805.203 unidades de medicamentos (sejam elas cápsulas, comprimidos, ampolas, entre outros) a um custo total nominal de R\$ 339.886.798,62 (R\$ 413.075.147,70, se ajustados para 2016). As despesas com estes medicamentos serão objetos de análise em relação ao seu registro na ANVISA, sua marca e seu preço médio de compra para atender às decisões judiciais em comparação com atas de registro de preço disponíveis.

4.6. Análise de dados dos medicamentos

4.6.1. De acordo com seu registro na Anvisa

Para que possa ser comercializado no país, o medicamento, via de regra, deve ser registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999) de acordo com os critérios estabelecidos em lei (BRASIL, 1976). Foram buscados registros dos medicamentos na página eletrônica da agência (ANVISA, Sem data) e utilizados os dados mais antigos encontrados para cada item para determinar a data de seu cadastro. Para as comparações em termos de custos foram utilizadas as médias ponderadas dos preços e somados os custos dos medicamentos em todos os exercícios da série histórica. Não foram encontrados registros na ANVISA para onze medicamentos oncológicos fornecidos pela via judicial entre 2010 e 2016. São eles: Cabozantinibe, Gentuzumabe, Lenalidomide, Peg-Asparaginase, Ponatinibe, Procarbazina, Raltitrexede, Romidepsina, Tegafur + Uracila, Timalfasina, Trabectedina. Estes representam 3,85% do total em termos de custo, e 1% em termos de quantidade dispensada. Enquanto a prescrição de grande parte destes medicamentos não gera um custo significativo ao estado, o medicamento

Lenalidomide (de nome comercial Revlimid) deve ser destacado por sua quantidade demandada, conforme é demonstrado abaixo:

Tabela 11 - Medicamentos Sem Registro na ANVISA

	Quantidade	%	Custo Total	%
Lenalidomide	25.986	90%	14.277,7	90%
Oncológicos sem Registro	28.870		15.890,8	

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes – SES-SP. ANVISA. Valores ajustados em milhares de Reais de 2016.

Vinte e nove medicamentos tiveram seu registro na ANVISA aprovado durante ou após o período selecionado, somando um dispêndio de R\$ 103.652.371,38 (25% das despesas com oncológicos judicializados) e fornecimento de 791.100 unidades (28% do total de medicamentos oncológicos dispensados). Noventa e um por cento das despesas com estes medicamentos recém aprovados são feitas com apenas dez componentes, conforme é demonstrado abaixo:

Tabela 12 - Medicamentos com Registro na ANVISA Posterior a 01/01/2010

Medicamento	Consumo	%	Valor	%
Oncológicos com registro após 01/01/2010	791.100		103.652,4	
Abiratenona	431.786	54,58%	29.855,8	28,80%
Temozolomida	74.427	9,41%	23.308,2	22,49%
Vemurafenibe	89.333	11,29%	10.466,6	10,10%
Brentuximabe	669	0,08%	8.619,3	8,32%
Ipilimumabe	271	0,03%	7.478,1	7,21%
Ditosilato De Lapatinibe	106.441	13,45%	5.685,6	5,49%
Cloridrato De Pazopanibe	27.720	3,50%	2.776,6	2,68%
Vismodegibe	2.716	0,34%	2.272,7	2,19%
Alentuzumabe	82	0,01%	1.984,1	1,91%

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes – SES-SP. ANVISA. Valores ajustados em milhares de Reais de 2016.

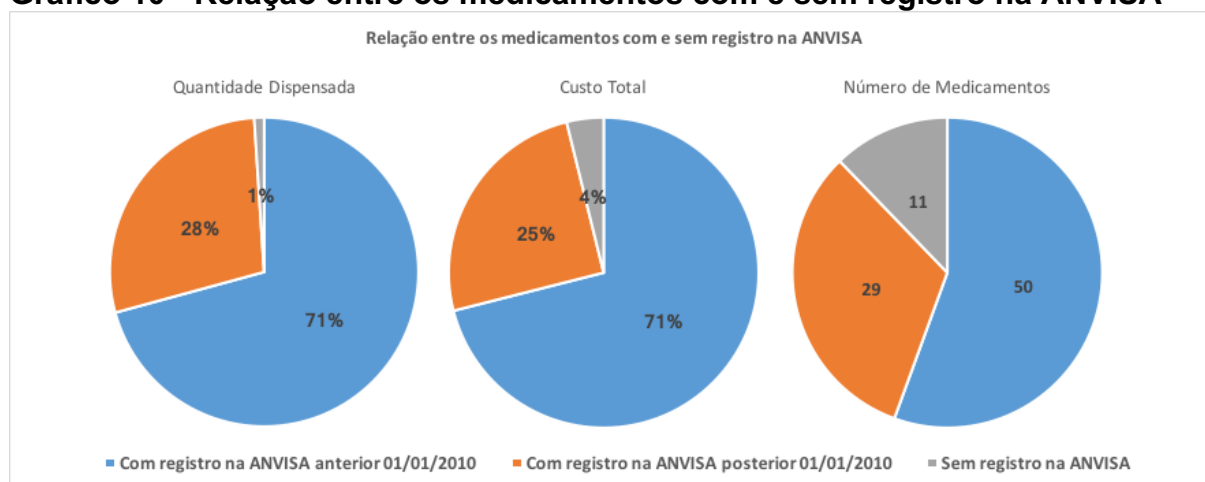
Por fim, 50 medicamentos já se encontravam registrados na ANVISA ao início da série, somando R\$ 293.377.639,88 para 1.984.679 unidades, representando, respectivamente, 71% do total tanto do custo quanto da dispensação dos medicamentos oncológicos judicializados. Dentre estes, dez medicamentos são responsáveis por mais de 92% do gasto total do Estado com medicamentos registrados anteriormente na agência, como é demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 13 - Medicamentos com Registro na ANVISA Anterior a 01/01/2010

Medicamento	Consumo	%	Valor	%
Oncológicos com registro anterior a 01/01/2010	1.984.679		293.377,6	
Rituximabe	14.553	0,73%	57.659,4	19,65%
Trastuzumabe	5.443	0,27%	55.365,7	18,87%
Bevacizumabe	14.851	0,75%	43.752,3	14,91%
Imatinibe	497.052	25,04%	21.112,2	7,20%
Malato De Sunitinibe	64.369	3,24%	20.633,5	7,03%
Tosilato De Sorafenibe	204.475	10,30%	17.463,3	5,95%
Bortezomibe	7.168	0,36%	16.349,8	5,57%
Everolimo	85.385	4,30%	15.522,6	5,29%
Cloridrato De Erlotinibe	68.954	3,47%	13.140,2	4,48%
Cetuximabe	13.276	0,67%	9.478,1	3,23%

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes – SES-SP. ANVISA. Valores ajustados em milhares de Reais de 2016.

De posse destas informações, podemos afirmar que o fato de um medicamento ter ou não seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária não tem relação com o fato do medicamento ser ou não judicializado, visto que a maior parte dos medicamentos já possuía registro anteriormente à série analisada. Aqueles medicamentos não registrados não ocupam parcela significativa da demanda e seu custo total é relativamente baixo se comparado com o total judicializado, conforme é disposto no diagrama abaixo:

Gráfico 10 - Relação entre os medicamentos com e sem registro na ANVISA

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes – SES-SP. ANVISA.

Para avaliar, porém, se o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária é determinante na fixação do preço do medicamento judicializado, foram buscadas Atas de Registro de Preço disponíveis no Sistema de Pregão Eletrônico da Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo (ESTADO DE SÃO PAULO,

Sem data) realizadas anterior e posteriormente à data de registro destes itens cadastrados durante o período analisado, dando preferência àquelas realizadas pela Coordenadoria de Insumos Estratégicos da Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo, quando disponíveis.

Dentre os 30 medicamentos, para apenas três foram localizadas ARPs anteriores e posteriores à sua regularização, não sendo uma amostra significativa, o que pode sugerir que, de forma geral, (a) os medicamentos não foram judicializados anteriormente à seu registro, (b) os medicamentos foram adquiridos anteriormente a seu registro por compra direta, dispensando-se licitação, ou (c) os medicamentos foram adquiridos por licitação não registrada no sistema de pregão eletrônico do Estado.

Para verificar se há diferenciação de valores dentre todos estes medicamentos cujo registro na Anvisa ocorreu durante a série analisada, foram comparados, então, o valor médio da aquisição dos medicamentos judicializados no ano imediatamente anterior e imediatamente posterior à aprovação de seu registro, quando este ocorreu durante o período analisado. Os preços foram ajustados para reais de 2016 de acordo com o IPCA. Para medicamentos registrados no ano de 2010, a comparação foi feita entre 2010 e 2011. Para o ano de 2016, a comparação foi feita entre 2016 e 2015. Os demais intervalos mantêm entre si uma distância de dois anos, com o ano de registro como centro.

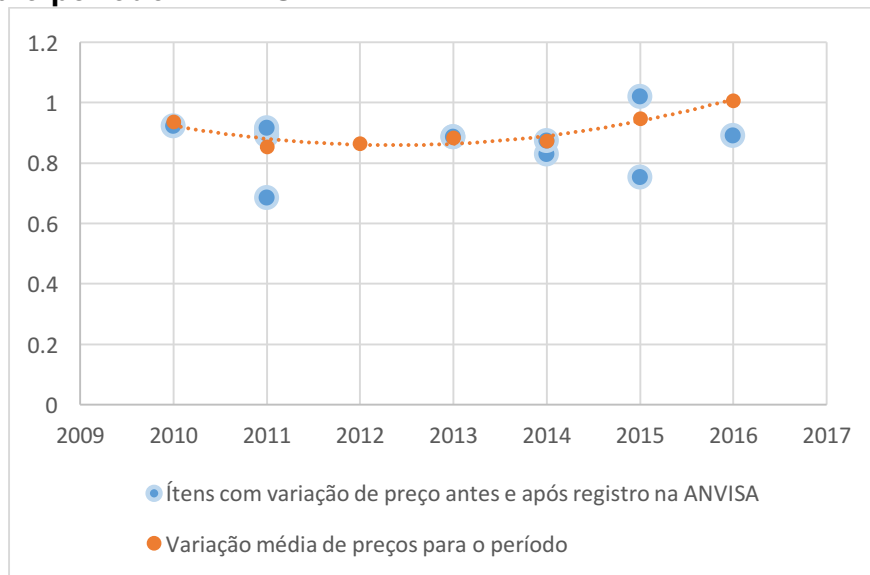
Três medicamentos não foram analisados, uma vez que seu registro ocorreu em 2017: Clorambucila, Cloridrato de Pazopanibe e Ditosilato de Lapatinibe. Os demais medicamentos, em suas 49 apresentações, demonstraram resultados variados. Não foi feita judicialização de catorze itens no ano imediatamente anterior ao seu registro na ANVISA. Sete itens não foram atendidos judicialmente em seu ano imediatamente posterior. Outros catorze não foram adquiridos pelo estado em nenhum dos dois períodos. Por fim, 14 itens demonstraram variação de preço, sendo que doze (6 medicamentos) se tornaram mais econômicos e outros dois, mais custosos.

Tabela 14 - Variação entre o Preço Anterior e Posterior ao Registro na ANVISA

Nome	Ano de Registro	Preço Anterior	Preço Posterior	Relação Percentual
Carfilzomibe / 60 Mg - Pó Liófilo / Frasco-Ampola / Kyprolis	2016	4.791,78	4.818,55	100,5586%
Panitumumabe / 20Mg/ML - Solução Injetável - 5 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca	2015	1.114,21	1.136,95	102,0403%
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 ML / Frasco-Ampola / Adcetris	2014	14.379,22	11.917,69	82,8813%
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca	2014	14.032,28	12.270,41	87,4442%
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2010	133,19	122,95	92,3077%
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Puri-Nethol	2013	2,93	2,60	88,5535%
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	2013	3,01	2,67	88,5535%
Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	2015	193,91	145,89	75,2373%
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	2011	571,08	521,23	91,2712%
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Temodal	2011	540,23	494,72	91,5762%
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	2011	114,68	102,81	89,6480%
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	2011	1.417,98	1.261,47	88,9625%
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	2011	39,85	27,25	68,3855%
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca	2016	816,01	727,08	89,1025%

Elaboração Própria. Dados S-Codes. ANVISA. Valores ajustados em Reais de 2016.

Os dados acima foram comparados com a variação média de preços utilizando os mesmos intervalos propostos para esta análise. *Outliers* visíveis foram descartados. Ambas as informações foram dispostas em um diagrama de dispersão que se segue:

Gráfico 11 - Comparação entre itens que apresentaram variação de preço e média para o período - ANVISA

Elaboração Própria. Dados S-Codes. ANVISA.

A linha de tendência do diagrama sugere que não existe diferença consistente entre a variação de preços esperada e aquela encontrada comparando-se os preços anteriores e posteriores ao registro dos medicamentos na agência. Com os números apresentados, pode-se concluir que o fato de um medicamento não estar registrado na ANVISA não é determinante para a sua judicialização. A maior

parte dos medicamentos supridos por decisão judicial já se encontrava na listagem da agência anteriormente à série pesquisada. De forma geral, aqueles medicamentos que tiveram seu registro durante o período selecionado foram adquiridos a preço médio semelhante, tanto antes quanto depois de sua aquisição. O fato de que diversos medicamentos não tiveram decisões judiciais para seu fornecimento anteriormente a seu registro na agência, enquanto outros não foram adquiridos posteriormente nos ajuda a afastar a hipótese de que há relação entre a falta do registro de determinado medicamento na ANVISA e sua determinação judicial.

4.6.2. Quanto à sua incorporação pela CONITEC

Para comparar se houve variação de preços após sua incorporação no Sistema Único de Saúde, foram avaliadas as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS disponibilizadas de 2012 a 2017 (CONITEC. Sem data (a)).

Foram encontradas apenas 17 recomendações que dizem respeito aos medicamentos oncológicos judicializados e tinham como objeto de seu relatório o tratamento do câncer. Estas recomendações envolvem nove medicamentos: Bevacizumabe, Cetuximabe, Erlotinibe, Trióxido de arsênio, Everolimo, Gefitinibe, Mesilato de imatinibe, Rituximabe e Trastuzumabe. Para os quatro primeiros, a decisão da comissão foi a de não incorporação do medicamento ao SUS para os tratamentos específicos para os quais foram analisados.

O medicamento Gefitinibe teve decisão favorável para o tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas avançado ou metastático com mutação EGFR, em primeira linha, publicado em novembro de 2013; Mesilato de Imatinibe teve decisão favorável à incorporação para quimioterapia adjuvante do tumor do estroma gastrointestinal em julho de 2014; Cloridrato de erlotinibe foi incorporado em novembro de 2011 para o tratamento do câncer de pulmão de células não-pequenas avançado ou metastático mutação EGFR; Rituxumabe teve decisão favorável para o tratamento de linfoma não hodgkin de células b, folicular, cd20 positivo, em 1ª e 2ª linha em dezembro de 2013, e contrária para o tratamento de linfoma não Hodgkin de células B, folicular, CD20 positivo em agosto do mesmo ano. Outros dois relatórios

aguardam decisão. Trastuzumabe, por sua vez, teve decisões favoráveis para o tratamento do câncer de mama HER2-positivometastático em primeira linha de tratamento, câncer de mama avançado e câncer de mama inicial, sendo para os dois últimos casos em julho de 2012 e para o primeiro em agosto de 2017 (CONITEC. Sem data (a)).

O mesmo método da análise aplicada aos medicamentos cujo registro na ANVISA ocorreu durante o período observado foi repetido para os medicamentos que tiveram decisão favorável de incorporação ao Sistema Único de Saúde a partir do início da série. Foram comparados, portanto, os anos imediatamente anterior e imediatamente posterior à sua publicação, e sua variação foi comparada à variação média total de preços para o período. Para os medicamentos com mais de um item, foi utilizado aquele com a maior quantidade adquirida. O resultado é o que se segue:

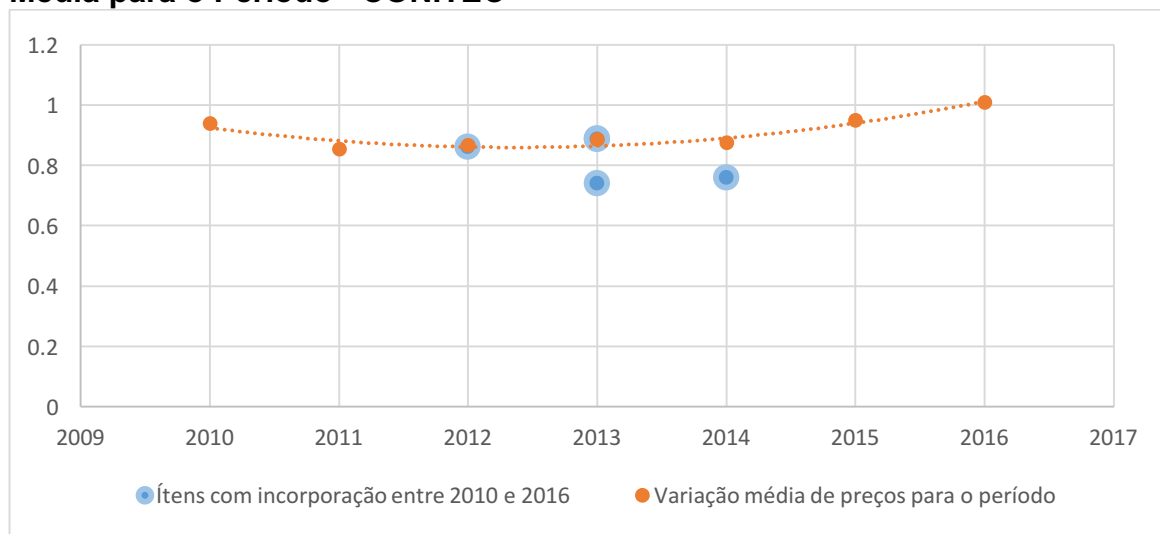
Tabela 15 - Variação de Preço quanto à Incorporação na CONITEC

Nome	Ano da publicação	Preço Médio Anterior	Preço Médio Posterior	Relação Percentual
Gefitinibe	2013	113,09	83,59	73,9170%
Mesilato de imatinibe	2014	22,66	17,16	75,7512%
Erlotinibe	2013	201,86	179,07	88,7097%
Rituximabe	2013	5.606,33	4.967,03	88,5967%
Trastuzumabe	2012	11.434,51	9.826,20	85,9346%

Dados S-Codes. ANVISA. Valores ajustados em Reais de 2016. Elaboração Própria.

Da mesma forma, os dados foram comparados com a variação média de preços no período selecionado, conforme pode ser observado no diagrama de dispersão:

Gráfico 12 - Comparação entre Itens que apresentaram Variação de Preço e Média para o Período - CONITEC



Dados S-Codes. CONITEC. Elaboração Própria.

Como se pode notar, três, dos cinco medicamentos tiveram sua variação de preço em consonância com a variação média do preço de todos os medicamentos em cada período. Outros dois medicamentos, notadamente Gefitinibe e Cloridrato de Imatinibe, variaram negativamente de forma superior àquela dos demais medicamentos. A quantidade de informações disponíveis, porém, é insuficiente para demonstrar se a aprovação de um medicamento em determinado protocolo tem influência direta em seu preço. A análise realizada dá indícios, porém, de que seus preços circundam às oscilações médias, não demonstrando relação direta quanto à sua incorporação.

Quanto à quantidade de itens fornecidos por determinação judicial, os resultados também se mostram inconsistentes, mostrando que há pouca relação entre a incorporação de determinado medicamento a um protocolo e sua judicialização:

Tabela 16 - Relação entre Incorporação e Quantidade Demandada

Nome	Ano da publicação	Quantidade Anterior	Quantidade Posterior	Relação Percentual
Gefitinibe	2013	2726	3090	113,3529%
Mesilato de imatinibe	2014	58950	46430	78,7617%
Erlotinibe	2013	6630	11600	174,9623%
Rituximabe	2013	1595	1653	103,6364%
Trastuzumabe	2012	871	647	74,2824%

Dados S-Codes. CONITEC. Elaboração Própria.

Dentre os 90 medicamentos judicializados, 32 já fazem parte de algum protocolo médico da Conitec específico para tratamento oncológico, sendo, portanto, incorporados ao SUS (CONITEC, sem data (b)). Isto indica que a incorporação de uma tecnologia não limita sua busca por litígio, uma vez que pacientes podem continuar a procurar estes medicamentos mesmo que não estejam realizando seu tratamento no âmbito do SUS, ou ainda buscar estas tecnologias para casos específicos do câncer não recomendados pela comissão para seu tratamento.

4.6.3. Quanto à marca

Dos 190 itens farmacêuticos fornecidos devido a decisões judiciais, 138 não definem marca para aquisição, enquanto 52 o fazem, sugerindo que a solicitação de uma marca específica não se dá, de forma geral, quando pacientes buscam o Poder Judiciário para a obtenção de medicamentos:

Tabela 17 - Medicamentos Judicializados com e sem Marca

	Diferentes Itens Solicitados	Medicamentos Dispensados	%	Custo Total	%
Marca não Definida	138	2.703.696	96,38%	387.025,2	93,73%
Marca Definida	52	101.507	3,62%	25.895,6	6,27%
Total	190	2.805.203		412.920,8	

Fonte: S-Codes – SES-SP. Valores Ajustados em milhares de Reais de 2016.

Ao serem analisados, porém, o registro dos medicamentos judicializados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, percebe-se que grande parte dos medicamentos possui apenas uma marca:

Tabela 18 - Medicamentos Judicializados de Marca Única

	Itens	Medicamentos	Medicamentos Dispensados	%	Custo Total	%
Marca única	82	45	1.376.191	49,06%	252.112,3	61,06%
Mais de uma marca	88	34	1.400.132	49,91%	144.917,7	35,10%
Sem Registro	20	11	28.880	1,03%	15.890,8	3,85%
Total		90	2.805.203		412.920,8	

Elaboração Própria. Fonte: S-Codes – SES-SP. ANVISA. Valores ajustados em milhares de Reais de 2016.

O custo médio dos medicamentos de marca única se mostra 77% superior ao daqueles que são comercializados por mais de uma empresa, podendo-se concluir que, mesmo que os medicamentos não sejam judicializados buscando uma marca específica, esta é um determinante no custo dos medicamentos para o Estado.

A comparação de preços entre os medicamentos que foram judicializados tanto com marca especificada quanto sem marca definida se mostrou inconclusiva, dada a grande diferença entre a quantidade dispensada em cada uma destas categorias. Pode-se afirmar, porém, que há impacto direto no custo gerado pela decisão judicial quando esta especifica o nome comercial do medicamento a ser adquirido, uma vez que estes foram responsáveis por 3,62% da quantidade, mas 6,27% do gasto total.

Medicamentos comercializados com apenas uma marca tem preço consideravelmente maior em relação àqueles que possuem mais de uma opção por princípio ativo. Isto é um indicativo de monopólio devido à propriedade intelectual ou falta de atratividade à concorrência. Estudos individuais devem ser conduzidos para determinar os casos onde possa haver fomento à concorrência a por meio de políticas públicas, aumentando a competição no mercado de medicamentos e, possivelmente, reduzindo seus preços.

4.6.4. Quanto ao preço

Por fim, para determinar se o valor pago na compra dos medicamentos judicializados é superior àquele que seria pago em uma aquisição administrativa, foi comparado o preço médio de cada medicamento com as atas de preço registradas no Pregão Eletrônico da Secretaria de Gestão Pública do Estado. As atas disponíveis se encontram entre os anos de 2013 e 2017. O ajuste de preço foi efetuado utilizando como base o ano de 2016. Foram considerados para esta análise apenas os medicamentos cujo fornecimento se deu sem definição de marca, uma vez que a apreciação daqueles itens se deu em seção própria e todos os medicamentos apresentaram também itens idênticos judicializados sem que seu nome comercial tivesse sido definido.

A primeira técnica utilizada foi a análise da distribuição dos preços das atas para cada um dos produtos de forma a identificar possíveis *outliers*. Estes pontos foram investigados de forma individual e avaliados se deveriam permanecer no conjunto de dados ou serem descartados. Para isto, foram apurados seus quartis, mediana e a amplitude interquartil (AIQ) a fim de gerar o sumário gráfico dos dados. Os limites estabelecidos para determinar os pontos fora da curva foram as distâncias de uma vez e meia a amplitude interquartil abaixo do primeiro ou acima do terceiro quartil. Dados além destes pontos foram considerados *outliers* e, aqueles que demonstraram não pertencer ao conjunto, seja por erro de entrada ou por uma grande distância do padrão apresentado, foram descartados (ANDERSON et al, 2002, p 98). No total, foram analisadas 6.086 ARPs, sendo 339 registros descartados de acordo com os critérios acima definidos.

O próximo passo foi realizar a comparação entre os preços das ARPs encontradas em relação àqueles despendidos pela Secretaria da Saúde para aquisição de medicamentos para o atendimento às decisões judiciais entre os anos de 2010 e 2016.

Como diferentes quantidades foram registradas em cada ARP assim como cada medicamento judicializado teve uma variação em sua quantidade adquirida ao longo do período selecionado, foram utilizadas, para fins de análise, medidas estatísticas ponderadas (FINCH, 2009, p. 3-4).

Uma vez que os valores não apresentaram uma distribuição normal de acordo com a Regra Empírica, foi aplicado o Teorema de Chebyshev para verificar a normalidade dos dados encontrados. Dos 137 itens selecionados, não foram encontradas Atas de Registro de Preços para 25. Já os demais itens demonstraram concordância com as implicações propostas por Chebyshev, onde 75% dos valores se encontram no intervalo de até dois desvios-padrões da média, 89% em até três e 94% a uma distância máxima de quatro desvios-padrões (ANDERSON et al, 2002, p 96).

Para verificar se os preços praticados pelo Estado para a atenção de decisões judiciais são semelhantes àqueles registrados em ata, foi estabelecido seu *z-score* em relação ao preço médio das atas. Este resultado demonstra a distância em desvios-padrão em que determinado ponto (no caso, o preço do medicamento judicializado) se encontra da média (no caso, das atas de registro de preço). Para este cálculo, foi utilizado o preço médio pago pelo Estado para os medicamentos

judicializados entre os anos de 2010 e 2016, ajustados para o ano de 2016. Foram aceitos como preço normal aqueles medicamentos cujo z-score resultou em até 4 (negativos ou positivos) uma vez que o teorema utilizado indica que quase todos os valores devem se encontrar nesta distância da média. Assim, a seguinte distribuição foi encontrada:

Tabela 19 - Z-Score dos Medicamentos em Relação às Atas de Registro de Preços

Distância da média em desvios padrão (Z-Score)	Itens		Quantidade Dispensada		Custo Total	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Maior que 4	27	19,71%	97.046	3,59%	100.758,1	26,09%
Maior que 3 e menor ou igual a 4	3	2,19%	30	0,00%	12,5	0,00%
Maior que 2 e menor ou igual a 3	7	5,11%	230.878	8,54%	14.530,5	3,76%
Maior que 1 e menor ou igual a 2	16	11,68%	487.867	18,05%	69.729,3	18,05%
Maior que 0 e menor ou igual a 1	28	20,44%	1.142.776	42,29%	136.909,3	35,44%
Maior que -1 e menor ou igual a 0	17	12,41%	691.478	25,59%	53.615,6	13,88%
Maior que -2 e menor ou igual a -1	5	3,65%	10.958	0,41%	498,8	0,13%
Maior que -3 e menor ou igual a -2	1	0,73%	604	0,02%	19,6	0,01%
Maior que -4 e menor ou igual a -3	1	0,73%	1.920	0,07%	34,0	0,01%
Menor ou igual a -4	7	5,11%	15.254	0,56%	3.199,7	0,83%
Não foram encontradas ARPs	25	18,25%	23.445	0,87%	6.954,1	1,80%

Fonte: S-CODES - SES. Elaboração Própria. Valores ajustados em milhares de Reais de 2016.

Três informações se destacam na análise aqui proposta. A primeira é que se pode concluir que a grande maioria dos itens se encontra próximo ao valor médio encontrado nas atas registradas em pregão eletrônico, ou até mesmo, em alguns poucos casos, tiveram o valor gasto pelo Estado menor do que aquele comumente praticado nas compras em geral, totalizando cerca de 72% dos itens dentro da faixa que podemos considerar como preço normal de compra. A segunda, é que a quantidade de produtos adquiridos para os quais não foram encontradas Atas de Registro de Preços é pequena em relação ao todo, somando menos de 1% do total dispensado e menos de 2% do custo total para o Estado. Por fim, destaque maior deve ser dado aos itens que tiveram preços despendidos pelo Estado para o atendimento de decisões judiciais muito maiores que aqueles geralmente registrados em ata. Vinte e sete itens correspondem a 3,59% da quantidade total dispensada, mas um custo que representa aproximadamente 26% do gasto total. Destes, apenas seis itens concentram quase a totalidade deste custo, como demonstrado abaixo:

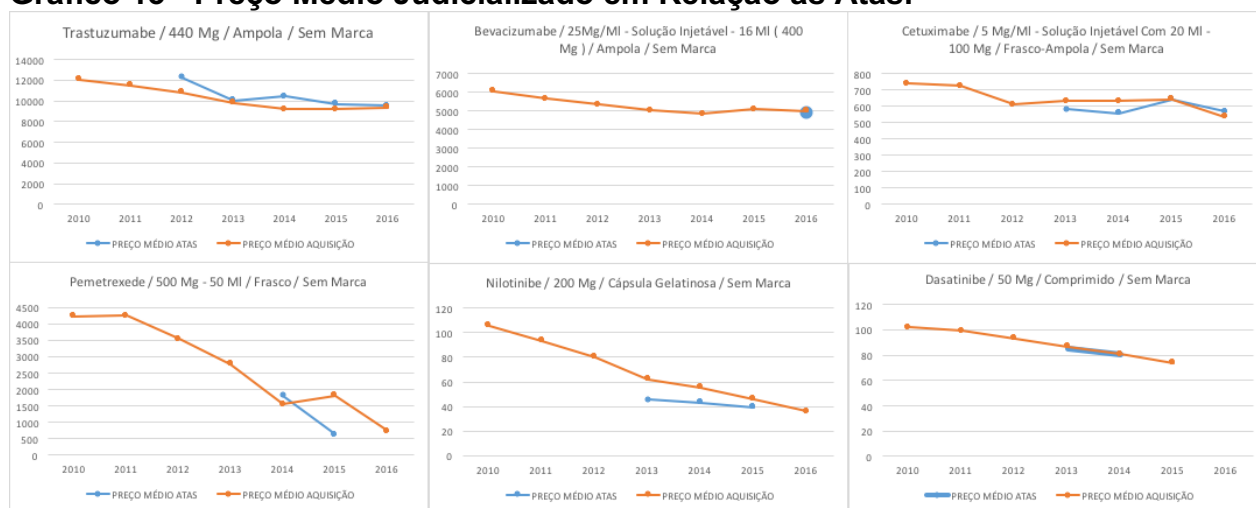
Tabela 20 - Itens com Custo Significativamente Maior que o Preço Médio das ARPs

Item	Preço Médio das Atas	Quantidade Adquirida	Preço Médio de Aquisição	% custo
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	9.976,77	5.058	10.304,09	51,73%
Bevacizumabe / 25Mg/ML - Solução Injetável - 16 ML (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	4.965,93	5.961	5.314,16	31,44%
Cetuximabe / 5 Mg/ML - Solução Injetável Com 20 ML - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	582,06	11.233	642,35	7,16%
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	80,36	25.980	85,33	2,20%
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	43,97	30.460	61,46	1,86%
Pemetrexede / 500 Mg - 50 ML / Frasco / Sem Marca	997,56	325	3.726,64	1,20%

Fonte: S-Codes. Pregão Eletrônico. Elaboração Própria. Valores ajustados em Reais de 2016.

Para estes itens, foi feita, portanto, uma análise mais aprofundada da evolução de seus preços, considerando o preço médio encontrado em atas e o preço médio de aquisição pelo governo durante o período de 2010 a 2016, comparando-os ano a ano. Os valores se encontram ajustados.

Gráfico 13 - Preço Médio Judicializado em Relação às Atas.



Fonte: S-Codes. Pregão Eletrônico.

Visualizando os gráficos acima, percebe-se que, de forma geral, os preços de aquisição e aqueles registrados em ARPs se mostram próximos, o que indica que a diferença de preços apresentadas na pesquisa quanto ao Z-Score dos itens se deve principalmente por não haver sido encontradas atas para todos os anos da série.

Segundo o Hospital do Câncer de Barretos, os medicamentos Trastuzumabe, Bevacizumabe e Cetuximabe já são fornecidos pelo governo do estado administrativamente, o que indica que não haveria razões para que o custo da aquisição destes medicamentos pela via judicial fosse diferente daquele valor de aquisição administrativa.

Assim, estes indícios nos levam a presumir que aqueles medicamentos listados com valor de aquisição superior ao registrado em ata, assim se demonstraram por não terem sido encontradas atas de registro de preços em quantidade relevante para toda a série histórica. Isto não implica que suas aquisições foram realizadas de forma emergencial e por dispensa de licitação como preconizado na Lei 8666/93 (BRASIL, 1993), mas que as aquisições possam ter ocorrido fora do sistema de Pregão Eletrônico da Secretaria de Governo do Estado de São Paulo.

Se supormos, porém, que a aquisição destes produtos possa ter ocorrido, de fato, por compra direta e considerarmos a diferença de valor médio das atas de registro de preço em relação ao preço médio de aquisição pelo governo para a quantidade dispensada destes medicamentos, o gasto público seria, para estes medicamentos, 7,37% superior àqueles adquiridos pela via administrativa.

Uma das razões para que o preço para o atendimento de decisões judiciais não se mostre diferente do preço para aquisição de medicamentos por via administrativa é a Lista de Preços divulgada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, que estabelece o teto de preços de medicamentos para aquisições públicas. Dois preços máximos são estabelecidos: O Preço de Fábrica, que é o valor máximo em que o distribuidor pode comercializar um medicamento no mercado brasileiro e o Preço Máximo de Venda ao Governo, que aplica sobre o preço de fábrica um desconto mínimo obrigatório a um rol de medicamentos definidos em resolução, ou sempre que esta compra tem como objetivo atender a decisões judiciais (ANVISA, 2016). Este desconto mínimo é definido pela aplicação de um Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), estabelecido na resolução nº 3 de 2 de março de 2011, resultante da razão de índices de rendimento per capita no Brasil e o de outros países selecionados, atualizado anualmente (ANVISA, 2011). O valor atual do CAP é de 19,28% (ANVISA, 2017).

Dos 137 itens analisados, 10 não estão dispostos na Lista de Preços CMED. Destes, apenas o Cloridrato de Bendamustina se encontra registrado na ANVISA. Dentre os demais, apenas dois se encontram no rol de medicamentos a qual deve ser aplicado obrigatoriamente o CAP. São eles: Everolimo e Hidroxiuréia. Todos os demais são comercializados ao preço de fábrica, exceto quando são objeto de atendimento de decisões judiciais, justamente o objeto deste estudo, quando obrigatoriamente deve ser aplicado o coeficiente estabelecido.

Desta forma, o preço máximo para o atendimento de decisões judiciais é potencialmente menor que aquele praticado em uma compra administrativa. Esta afirmação, porém, não implica que o produto adquirido administrativamente é mais caro que o preço de um produto judicializado, fato que claramente não se demonstrou no estudo aqui realizado. O preço máximo de venda ao governo, assim como preço de fábrica, é um limite estabelecido como teto, passível de negociação, o que ocorre como regra nos certames de registro de preço para compra pública.

5. CONCLUSÃO

Conforme estabelecido durante o processo de pesquisa, a judicialização de medicamentos e da saúde como um todo é um fenômeno crescente no Brasil e que depende de uma série de atores. O papel das organizações não governamentais é fundamental para a pesquisa, mobilização social, mediação e proposição de políticas sobre o tema. O *advocacy* pode cumprir dois papéis. Em primeiro lugar, disseminar informações sobre possíveis políticas de saúde para os gestores e população. Em segundo lugar, trabalhar com a sociedade de forma com que suas visões sejam organizadas e de fato contribuam com o debate político (SMITH; STEWART, 2017).

Ficou demonstrado que o preço dos medicamentos para o tratamento de câncer por via judicial não se confirma diferente ao das compras feitas normalmente pelo estado. Mesmo que determinado medicamento deva ser adquirido pelo Estado a fim de atender à uma sentença ou decisão liminar, e que o prazo para o cumprimento desta decisão obrigue a Secretaria de Saúde a realizar uma aquisição direta por dispensa de licitação, os preços não se mostram superiores por dois motivos: Primeiro, a lista de preço máximo ao governo da CMED estabelece limites ao valor de aquisição de medicamentos. Além disto, e mais importante, por ser o câncer uma doença crônica, mesmo que determinado medicamento seja de fato adquirido por compra direta para atendimento imediato da demanda naquele mês, as futuras aquisições se dão por meio do registro de atas de preço. Isto faz com que eventuais preços mais altos pagos para alguns poucos produtos sejam distribuídos no preço médio unitário para as quantidades mais altas que são adquiridas ao longo do tempo.

Nota-se, também, que no ato da judicialização dos medicamentos oncológicos, não é costumeiro que uma marca seja determinada e sim, seus princípios ativos. Nos casos onde a marca do medicamento foi definida, pode-se perceber que estes foram adquiridos, de fato, a um preço superior em relação aqueles onde não houve esta determinação. Ainda assim, a quantidade de casos onde isto ocorre não é significativa de forma a gerar grande impacto no orçamento público.

Por outro lado, percebeu-se que medicamentos comercializados com uma única marca têm um preço consistentemente maior, sendo o gasto unitário com estes, de forma geral, 77% superior ao gasto com aqueles medicamentos fornecidos por

mais de uma empresa. Este é um indicativo de que medidas de fomento à pesquisa e à competição podem levar à diminuição do gasto público com estes insumos.

O fato dos medicamentos não serem registrados na ANVISA não demonstrou ser um determinante para a judicialização de medicamentos, e a comparação de preços realizada para aqueles medicamentos cujo registro na agência ocorreu durante o período selecionado não demonstrou variações superiores àquela esperada, podendo-se afirmar que o fato do medicamento se encontrar listado não tem impacto relevante em seu preço. O mesmo ocorre com a incorporação de tecnologias pela CONITEC, onde ficou demonstrado que os medicamentos incluídos em protocolos clínicos durante o período analisado não demonstraram variação de preço e de quantidade demandada judicialmente.

Mesmo que o preço dos medicamentos não sofra grandes flutuações em relação ao preço de uma aquisição administrativa, a judicialização de medicamentos produz uma série de custos indiretos para o Estado. Além das horas de trabalho dos inúmeros servidores públicos dedicados à matéria e os custos processuais, há um custo de oportunidade do valor dispendido com o litígio da saúde. Um grande valor é gasto com medicamentos cujos tratamentos não constam nos protocolos clínicos estabelecidos pelos técnicos e gestores, fazendo com que a dispensa de medicamentos desta forma seja ao mesmo tempo ineficiente e ineficaz.

Uma vez que ficou demonstrado que o custo do tratamento oncológico é consideravelmente menor se detectado nos estágios iniciais, parte deste valor seria aplicado de forma mais conveniente em ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce. Isto faria com que no futuro, o custo médio do tratamento do câncer se reduzisse de maneira significativa, revertendo a provável tendência de aumento dos gastos com tratamentos oncológicos que se agrava com o envelhecimento da população.

Embora os medicamentos oncológicos não aparentem ocupar uma parcela substancial do total de recursos gastos com o cumprimento de ações judiciais, compreendendo a um valor médio de pouco mais de 11% nos anos analisados, conforme ficou demonstrado na Tabela 9, a judicialização destes medicamentos acaba por dirigir ao tratamento do câncer recursos que não seriam, a princípio, destinados a este tratamento, uma vez que ficou evidente que as despesas hospitalares e ambulatoriais do Sistema Único de Saúde para este tipo de terapia ocupa apenas 7% do total.

Além disso, o Sistema Único de Saúde prevê uma distribuição de funções entre os entes federativos. A judicialização da saúde gera um desequilíbrio nesta alocação, uma vez que faz com que qualquer ente federado seja responsável pelo fornecimento de qualquer medicamento. Mesmo que haja futura reparação financeira por parte da União aos estados ou municípios, o ressarcimento ao tesouro não implica acréscimo de valor ao orçamento público, limitando, assim, a capacidade de estados e municípios de realizar suas políticas de saúde de acordo com seus planejamentos.

É importante notar, também, que a judicialização dos serviços de saúde não favorece a promoção da equidade no acesso ao SUS. Ficou demonstrado que a busca pela justiça se dá, em grande parte, por advogados privados. Isto limita o acesso de fato à justiça à apenas uma parcela da população, extraíndo do sistema recursos que estão disponíveis para o tratamento de toda a sociedade. Algumas sugestões podem ser feitas para a diminuição da judicialização no país. O estabelecimento de um fundo para o tratamento do câncer, à luz do CDF inglês, seria uma importante ferramenta para fomentar a pesquisa nacional de medicamentos oncológicos ao mesmo tempo que possibilita ao paciente o tratamento de medicamentos que não se encontram ainda aprovados pela ANVISA ou ainda estejam em procedimento de avaliação da CONITEC.

Do lado da Justiça, se afastando de efetuar recomendações ao Poder Judiciário, o que nos distanciaria do objeto do presente estudo, uma série de proposições podem ser levadas adiante para mitigar as consequências da judicialização ao mesmo tempo em que buscam garantir ao cidadão todos seus direitos determinados por lei. Liliane Coelho da Silva aponta em seu artigo diversas práticas que podem ajudar a diminuir os efeitos da judicialização da saúde, que podem ser levadas a cabo com uma maior interação entre o poder judiciário e o gestor. Dentre elas, está o trabalho interdisciplinar entre os juízes e profissionais de saúde, de forma a suprimir o inerente e natural desconhecimento dos magistrados em áreas tão técnicas como a medicina, orientando-os e dando base científica para sua deliberação (SILVA, 2013). Termos de cooperação técnica têm sido criados de forma a subsidiar as decisões dos juízes ou mediar conflitos principalmente entre usuários e planos de saúde, com a criação dos Núcleos de Apoio Técnico e de Mediação (ESTADO DE SÃO PAULO, 2015). A extensão deste tipo de iniciativa àquelas ações propostas contra o Estado daria ao poder judiciário melhor embasamento para suas decisões, podendo ainda ser alcançados resultados sem litígio, principalmente

quando houver alternativa terapêutica já disponível no sistema. É fundamental o papel do terceiro setor para a promoção destas iniciativas, elaboração do termo de cooperação, acompanhamento de sua execução e disseminação do conhecimento à sociedade.

Para o Poder Legislativo, sugere-se o fortalecimento das instituições técnicas com leis que garantam maior eficácia às suas decisões. A garantia do alcance universal da saúde é objetivo constitucional, assim como a integralidade dos tratamentos. Uma definição da cesta de produtos e serviços englobados pelo programa público de saúde deve ser feita de forma técnica a fim de alcançar os melhores resultados de acordo com os recursos disponíveis, cabendo ao legislador especificar os limites no atendimento do sistema, ou garantir, na forma de lei, que estes sejam estabelecidos em norma, garantindo acesso igualitário. Definir limites claros e embasados tecnicamente ao sistema garantiria menor possibilidade de acesso ao judiciário para a obtenção de serviços além daqueles assegurados para todos. O terceiro setor deve ser vetor de fomento da sociedade de forma a discutir os limites da integralidade do sistema.

Diversas recomendações são feitas pela Organização Mundial da Saúde de forma a buscar a universalidade do acesso à saúde. A criação de fontes estáveis de receita, os incentivos para a prestação de bons serviços, a ênfase na prevenção e promoção, o uso ótimo do recurso público e estratégias para governança, auditoria e fiscalização são os passos para que estes objetivos sejam alcançados (OMS, 2010). O desenvolvimento de um sistema de saúde que se adeque às necessidades da população deve ser amplamente discutido, e as organizações não governamentais são importantes atores para que todas as vozes da sociedade estejam presentes nesta discussão. Por parte da gestão pública, então, é importante que a tomada de decisões seja feita com ampla participação da sociedade, de forma transparente, estabelecendo critérios técnicos e deixando claras as opções políticas pela escolha de determinadas ações em detrimento a outras. A constante atualização dos protocolos clínicos de acordo com as novas tecnologias, mostrando transparência nos aspectos de benefício à saúde e impacto financeiro que levaram às decisões de incorporação ou não de determinado procedimento dão à população maior segurança quanto à aplicação dos recursos públicos no sistema.

Por fim, uma vez que tratamos de recursos escassos, a decisão de sua aplicação é uma decisão política e requer a discussão de toda a sociedade sobre o quanto ela

está disposta a pagar pela integralidade e universalidade do sistema público, e quais tratamentos devem ser realizados para se obter os melhores resultados com os recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L., FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil**. São Paulo. 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242213262_Federalismo_e_politicas_publicas_o_impacto_das_relacoes_intergovernamentais_no_Brasil?enrichId=rgr-eq-b06cad18013714ac0223043acdb7dedf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI0MjlxMzI2MjtBUzoxMjUxMTEzMDY4MjE2MzRAMTQwNjg0MDI2ODgwNg%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf>
- ALVIM, M. **Luta pela vida, reforço da desigualdade ou gasto desenfreado? A difícil equação da judicialização da saúde**. Folha de São Paulo. 2017. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2017/09/29/luta-pela-vida-reforco-da-desigualdade-ou-gasto-desenfreado-a-dificil-equacao-da-judicializacao-da-saude.htm>>
- AMARANTE, Suely. **Câncer de mama: a importância do diagnóstico precoce**. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente. Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Saúde. Sem data. Disponível em <<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/274-cancerdemama>> Acessado em 21 de setembro de 2017.
- ANDERSON, David R., SWEENEY, O. J. e WILLIAMS, T. A., **Estatística Aplicada à Administração e Economia**. 2ª Edição, Pioneira, 2002
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- ANVISA. **Comunicado no 06, de 30 de março de 2017**. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Secretaria Executiva. Divulga o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) para o ano de 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3399629/Comunicado+n.+06%2C+de+30+de+março+de+2017+-+CAP_2017+-+D.O.U.pdf/1876c635-1155-490a-88fa-20f64395d3e3> Acessado em 22 de Agosto de 2017.
- _____. **Consulta Medicamentos**. Sem data. Disponível em <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos>> Acessado em 15 de junho de 2017.
- _____. **Preços Máximos de Medicamentos por Princípio Ativo, para Compras Públicas**. Câmara de Regulação – CMED. Secretaria Executiva. 2016. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2829072/LISTA_CONFORMIDA_DE_GOV_2016-05-23.pdf/c9eefbc3-28b1-485d-95bd-66fb6b65c21e> Acessado em 22 de agosto de 2017.

_____. **Resolução no 3, de 2 de março de 2011.** Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Secretaria Executiva. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, a sua aplicação, a nova forma de cálculo devido à mudança de metodologia adotada pela Organização das Nações Unidas – ONU, e sobre o Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2920961/Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C3%93+de+mar%C3%A7o+de+2011+%28PDF%29.pdf/cc29a363-b75c-4b81-951f-e7df82bfb52f>> Acessado em 22 de agosto de 2017.

ARAUJO, Luiz Alberto David, NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Curso De Direito Constitucional.** – 10 Ed. Ver. E Atual – São Paulo: Saraiva, 2006

ÁVILA, Kellen Cristina de Andrade. **Teoria da Reserva do Possível.** <https://jus.com.br/artigos/24062/teoria-da-reserva-do-possivel>, 2013.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional**, 20ª edição, São Paulo: Saraiva, 1999

BOLTON, Paul. **Statistical Literacy Guide.** House of Commons Library, Londres. 2009. Disponível em <<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN04944>>. Acessado em 04 de setembro de 2017.

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

_____. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Presidência da República. Casa Civil. 2016.

_____. Advocacia Geral da União. **Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais.** 2013a. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>

_____. **Lei no. 6.360, de 23 de setembro de 1976.** Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de setembro de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6360.htm>. Acesso em: 13 de junho de 2017.

_____. **Lei Federal 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 de julho de 2017.

- _____. **Lei Federal 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- _____. **Lei Federal 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 na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- _____. **Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9782.htm>>. Acesso em: 13 de junho de 2017.
- _____. **Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9782.htm>>.
- _____. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde.** Banco de dados. Sem data. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 2 de maio de 2017
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399,** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699,** de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- _____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Orçamentos Anuais.** Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais>>

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 415, de 2015**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/122071>>

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília : MS, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acesso em: 17 fev. 2014.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Repetitivo sobre remédios não contemplados pelo SUS: juiz deverá analisar pedidos urgentes**. Documento Digital. 2017. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Repetitivo-sobre-rem%C3%A9dios-n%C3%A3o-contemplados-pelo-SUS:-juiz-dever%C3%A1-analisar-pedidos-urgentes>

_____. Tribunal Regional Federal. 2ª Região. **Editais de Concurso Público nº 01/2011**. Diário Oficial da União 16 de dezembro de 2011. 2011b. Disponível em: <https://www.pciconcursos.com.br/concurso/trf-tribunal-regional-federal-2-regiao-vagas-ate-6551>. Último acesso em: 29 de setembro de 2017.

CANCER RESEARCH UK. **Health Economics: The Cancer Drugs Cost Conundrum**. Disponível em <<http://www.cancerresearchuk.org/funding-for-researchers/research-features/2016-08-10-health-economics-the-cancer-drugs-cost-conundrum>> acessado em 2 de setembro de 2017.

_____. **How NICE makes decisions**. Documento Eletrônico. 2017. Disponível em < <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/access-to-treatment/nice/decisions>> Acessado em 05 de setembro de 2017.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da Saúde Pública e Privada** – Porto Alegre: Livraria Do Advogado Editora, 2014.

CHANG, Josh, PEYSAKHOVICH, Felix, WANG, Weimin, ZHU, Jin. **The UK Health Care System**. New York: Columbia University, 2015. Disponível em <<http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf>>

CHARLESWORTH. A. **Health care budgeting in the United Kingdom**. Chapter 9. 2015. OECD.

CHIEFFI, A. L. **Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica**. 2017. 182 fls. Tese de Doutorado. USP. São Paulo.

CNPQ. **INCT aponta visão de pesquisadores sobre judicialização da saúde**. Documento Digital. 2016. Disponível em <http://cnpq.br/web/guest/noticiasviews/-/journal_content/56_INSTANCE_a6MO/10157/5572002>

CONITEC. **A Comissão**. Site eletrônico. Sem data. Disponível em <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acessado em setembro de 2017.

_____. **Protocolos e Diretrizes**. Sem data (b). Disponível em <<http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>> Acessado em 10 de agosto de 2017.

_____. **Recomendações sobre as tecnologias avaliadas**. Sem data (a). Disponível em <<http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>> Acessado em 10 de agosto de 2017.

_____. Site Eletrônico. Disponível em <www.conitec.gov.br>. Acessado em 03 de setembro de 2017

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>

DATASUS. Ministério da Saúde. **Procedimentos Hospitalares do SUS por local de internação – a partir de 2008. Notas Técnicas**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_int_2008.pdf>. Acesso em: 2 de maio de 2017

_____. Ministério da Saúde. **Produção Ambulatorial do SUS por local de atendimento – a partir de 2008. Notas Técnicas**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/Prod_amb_loc_atend_2008.pdf>. Acesso em: 2 de maio de 2017. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301516000644>>

ESTADO DE SÃO PAULO. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Termo de Cooperação Técnica No 000.045/2015**. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/termo_TJSP_Abramge_fenasaude.pdf>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2011**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2010/lei-14309-27.12.2010.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2012**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2011/lei-14675-28.12.2011.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2013**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2012/lei-14925-28.12.2012.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2014**. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2013/lei-15265-26.12.2013.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2015.** Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2014/lei-15646-23.12.2014.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2016.** Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-16083-28.12.2015.pdf>>

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. **Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. 2017.** Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2016/lei-16347-29.12.2016.pdf>>

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **SUS no Estado de São Paulo: atualizações para os gestores municipais.** São Paulo: PoloBooks; 2013b. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/sus-no-estado-de-sao-paulo-atualizacoes-para-os-gestores-municipais-publicacao/sus_est_sp_atualizacao_gestores_municipais_publicacao.pdf> acessado em 27 de agosto de 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O que é?** Documento Eletrônico. Sem data. Disponível em: (<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/o-que-e>).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Medicamentos dos Componentes da Assistência Farmacêutica.** Documento Eletrônico. Sem data. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/>>

_____. Secretaria de Gestão Pública do Governo do Estado de São Paulo. **Pregão.** Sem data. Disponível em: <www.pregao.sp.gov.br>.

FINCH, Tony. **Incremental calculation of weighted mean and variance.** University of Cambridge Computing Service, 2009. Disponível em <<http://people.ds.cam.ac.uk/fanf2/hermes/doc/antiforgery/stats.pdf>>

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Acesso ao banco de dados.** 2017. Disponível em <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/acessobancodados>> Acessado em 4 de agosto de 2017.

- _____. **Registro Hospitalar de Câncer de São Paulo: Análise dos dados e indicadores de qualidade.** São Paulo, 2016. Disponível em <http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/epidemiologia/docs/Dados_de_cancer_JUN_2016.pdf> Acessado em 4 de agosto de 2017.
- _____. **Registro Hospitalar de Câncer.** Sem data. Disponível em <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/publicacoes/registrohospitalardecancer>> Acessado em 4 de agosto de 2017.
- IBGE. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060.** 2013. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> Acessado em 19 de abril de 2017.
- _____. **Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP.** 2017b. Disponível em <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/registro-de-cancer-de-base-populacional-rcbp.html>>. Acessado em 19 de abril de 2017.
- _____. **Séries Históricas – IPCA.** 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultseriesHist.shtm>. Acessado em 01 de agosto de 2017.
- INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf> Acessado em 19 de abril de 2017
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registros de Câncer de Base Populacional.** Sem data. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/estatisticas/site/home/rcbp/>>
- _____. **TNM: classificação de tumores malignos. Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>> Acessado em 6 de agosto de 2017
- INSTITUTO DE SAÚDE. **Experiência do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.** Disponível em

<<http://seminario.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Mesa-5-Tereza-Toma.pptx>> acessado em 8/8/2017

LIGHT, Donald W. **Universal Health Care: Lessons From the British Experience**. American Journal of Public Health 93.1 (2003): 25–30. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447686/>>

LIMA, Grazielle da Silva de. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**. Documento Eletrônico. Sem data. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/510.pdf>> Acessado em 10 de setembro de 2017.

LOBO, Tiago Cepas. **A Assistência Onco-hematológica no SUS: CACON & UNACON**. Observatório de Oncologia. 2016b. Disponível em: <<http://observatoriodeoncologia.com.br/a-assistencia-onco-hematologica-no-sus-cacon-unacon/>> acessado em agosto de 2016.

_____. **Quanto Custa Tratar Um Paciente com Câncer no SUS em 2016**.

Observatório de Oncologia. 2016. Disponível em <<http://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016-2/>>. Acessado em 21 de setembro de 2017.

MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS**. 2015. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-23022016-162923/>>. Acesso em: 2017-08-08.

MOSSIALOS, E., WENZL, M., OSBORN, R., SARNAK, D., (eds.), **International Profiles of Health Care Systems, 2015**, The Commonwealth Fund, Janeiro 2016. Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf>

NALINI, José Renato. **O Judiciário e a Ética na Saúde**. 2ª Edição. 2013. Belo Horizonte. Editora Fórum.

NHS. **Appraisal and Funding of Cancer Drugs from July 2016**. Inglaterra, 2016a. Disponível em <<https://www.england.nhs.uk/publication/cdf-sop-16/>>

_____. **Cancer Drugs Fund**. Documento Eletrônico. Inglaterra. 2016b. Disponível em <<https://www.england.nhs.uk/cancer/cdf/>>

_____. **The NHS in England**. Documento Eletrônico. Inglaterra, 201c. Disponível em <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>>

NICE. **National Institute for Health and Care Excellence**. Site eletrônico. Disponível em <<https://www.nice.org.uk/guidance>>. Acessado em 5 de setembro de 2017.

- OAS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica)**. 1969. Disponível em: http://aidpbrasil.org.br/arquivos/anexos/conv_idh.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- OCDE, **Health care budgeting in the United Kingdom**, in Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-13-en>>
- _____. **Fiscal sustainability of health systems – Why is it an issue, what can be done?**, in Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-5-em>>
- OLIVEIRA, Vanessa Elias, NORONHA, Lincoln N. T. **Judiciary-Executive Relations in Policy Making: The Case of Drug Distribution in the State of São Paulo**. In: Brazilian Political Science Review. Volume 5. Number 2. 2011. Disponível em < <http://www.bpsr.org.br/index.php/bpsr/article/view/123/114>>
- OMS. **Financiamento dos Serviços de Saúde: O caminho para a cobertura universal**. World health report. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1>
- ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- ONU. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 10 de julho de 2017.
- PIMENTA, Keyla Ketlyn Passos. **Judicialização Da Saúde Pública No Brasil: O que nos Mostra o Caso de Campinas**. FCA-UNICAMP. Limeira: 2016.
- PROPPER, C., SÖDERLUND, N., **Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs**. Health Econ. 7, 187–197 (1998). Disponível em <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199805\)7:3%3C187::AID-HEC349%3E3.0.CO;2-F/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1050(199805)7:3%3C187::AID-HEC349%3E3.0.CO;2-F/epdf)>
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS – CODES. **Sistema S-Codes**. Apresentação em Powerpoint. São Paulo, Julho 2017. Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/28/1-a-APRESENTACAO-S-CODES-PARA-CIT.pdf>> Acessado em 8/8/2017
- _____. **Perfil das Ações Judiciais em Saúde no Estado de São Paulo**, Coordenação das Demandas Estratégicas em Saúde (CODES) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Setembro de 2016. Disponível em <<http://docplayer.com.br/36117297-Perfil-das-acoes-judiciais-em-saude-no-estado-de-sao-paulo-setembro-de-2016.html>> Acessado em 8 de agosto de 2017.

- SEGATTO, Cristiane. **Os Juizes Confiam Demais nos Médicos**. Revista Época. Documento digital. 2017. Disponível em <<http://epoca.globo.com/saude/cristiane-segatto/noticia/2017/07/os-juizes-confiam-demais-nos-medicos.html>>
- SILVA, Leny Pereira da. Monografia “**Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível**”, 2006.
- SILVA, Liliane Coelho da. **Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 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 19 de setembro de 2017.
- SMITH, K.E., STEWART, E.A., **Academic advocacy in public health: Disciplinary ‘duty’ or political ‘propaganda’?**, In Social Science & Medicine, Volume 189, 2017, Pages 35-43, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.014>. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617304471>>
- SOAREZ, Patricia Coelho De; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. **Limiares de custo-efetividade e o Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, e00040717, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000400301&lng=en&nrm=iso>. Epub May 18, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00040717>.
- SOUZA, Reynaldo José Sant’Anna Pereira de, et al. **Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo - Brasil**. An. Bras. Dermatol. [online]. 2009, vol.84, n.3, pp.237-243. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0365-0596. Acessado em 21 de setembro de 2017
- WOODS, Beth, REVILL, Paul, SCULPHER, Mark, CLAXTON, Karl., **Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research**, In Value in Health, Volume 19, Issue 8, 2016, Pages 929-935, ISSN 1098-3015, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>.

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Fundação Getulio Vargas
Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia

Judicializações em Saúde no Estado de São Paulo: ações do terceiro setor para a melhoria do custo-efetividade

Pré-projeto de pesquisa

São Paulo
2017

I. Introdução e Justificativa

No contexto de retorno ao estado democrático, a nova carta constitucional, promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país.¹

O advento da crise econômica brasileira impactou também o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de 29 anos de grandes avanços, esse problema tornou-se uma barreira na garantia e aplicação de seus princípios a universalidade, equidade e a integralidade da atenção à saúde. Com mais de 200 milhões de cidadãos, um território continental e inúmeras realidades sociais, o SUS sofre com a limitação de recursos e a ineficiência da gestão.²

As relações entre direito e saúde apresentam grandes desafios para o futuro dos sistemas de saúde, não só no Brasil, mas em grande parte do mundo.³ Observa-se nos últimos anos que o SUS vem sendo cada vez mais alvo de um fenômeno que pode ser denominado como judicialização da saúde, no qual a ação do Poder Judiciário, atua na assistência à saúde, buscando garantir o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos médicos para os cidadãos que procuram a Justiça.⁴

No Brasil, a prática de recorrer ao judiciário intensifica-se na década de 90, com a necessidade dos coquetéis antirretrovirais para o HIV, onde o acesso a terapia só acontecia por meio de ação judicial. Com as ações, o SUS foi obrigado a garantir o acesso aos antirretrovirais. A eficiência e celeridade com que os pacientes passaram a ter acesso aos seus tratamentos deu ao judiciário protagonismo ante as lacunas nas políticas sanitárias.

Os fatos geradores dessa iniquidade estão no caráter difuso do conceito de integralidade e na ruptura do financiamento público às prioridades epidemiológicas de saúde.³ Somente no Ministério da Saúde os gastos com ações judiciais que solicitam a compra de medicamentos aumentaram 20 vezes entre 2005 e 2008, passando de 2,5 milhões de reais para 48 milhões de reais, valor suficiente para realizar 5,2 milhões de consultas pré-natais e 130 mil partos normais num país que ainda sofre com elevadas taxas de mortalidade materna.⁵

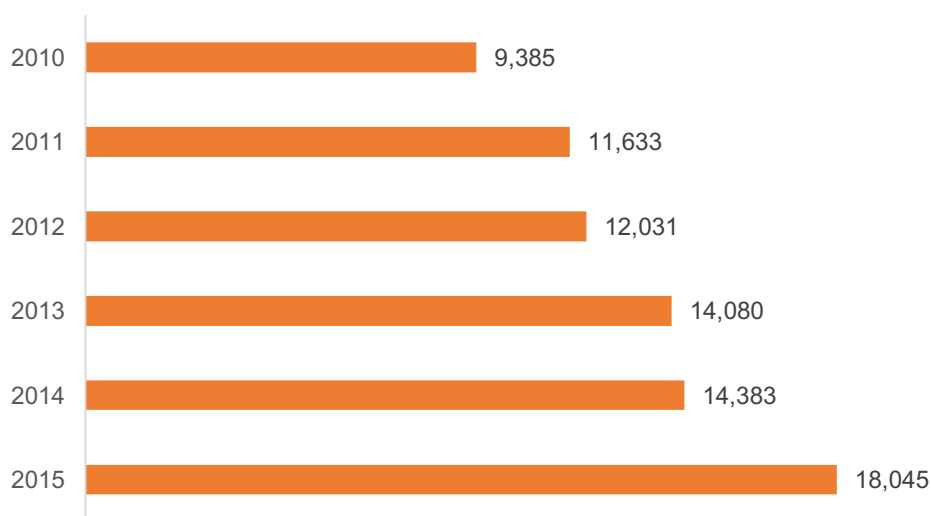
II. Objetivo de Investigação

Os temas associados à judicialização da saúde no Brasil vieram para ficar. Em geral, suas soluções estariam apoiadas em: explicitação do conceito de integralidade; harmonização

dos interesses econômicos com as reais necessidades da população e principalmente prevalência do direito coletivo sobre o direito individual quando os recursos são limitados.

No Estado de São Paulo, a realidade não é diferente. Ao longo dos últimos anos houve um aumento substancial no número de ações buscando do poder público o fornecimento de algum procedimento médico ou medicamento. Levantamento feito Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo demonstrou um aumento de 92% no número de demandas judiciais entre 2010 e 2015.

Gráfico 1. Aumento das demandas judiciais contra o estado de São Paulo.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Os reflexos desse aumento têm forte impacto no orçamento público, só em 2016, custou ao estado de São Paulo, R\$ 1,2 bilhão. A maior parte do valor gasto pela União com a judicialização foi na esfera federal. A política de saúde judicializada torna-se mais onerosa para o Estado.

Normalmente, o fornecimento é deferido liminarmente, obrigando o ente público a comprar sem obedecer às regras convencionas das licitações, diminuindo a margem de negociação do preço. Segundo Médici, a justiça brasileira tem acatado de forma maciça esse argumento.³

De um lado estão os pacientes que acionam o Judiciário, principalmente pela demora na incorporação de disponibilização de novas tecnologias em tratamento pelo SUS, e do outro os gestores públicos com a difícil tarefa de lidar com eventuais desequilíbrios nas contas públicas em razão das ações.

Na área de oncologia, o Brasil conta com 315 serviços habilitados como CACON/UNACON com atendimento para pessoas com câncer. Destes, 39 serviços realizam

Transplante de Medula Óssea. Em 2015, o SUS realizou 17.580.000 atendimentos a pessoas com câncer.⁶

Na área da oncologia, a garantia da igualdade no acesso ao atendimento de saúde dada pela Constituição ainda é uma promessa. Em 2009, o Estado de São Paulo gastou R\$ 362.939.103,99 com ações judiciais para tratamentos ambulatoriais em oncologia. Em 2010 estimou-se que 83% de custos mensais referentes às ações judiciais do Estado de São Paulo foram com medicamentos.⁷

III. O Problema

O que acaba ocorrendo com a judicialização é a exigência de se tratar certa doença com o uso de determinado produto farmacêutico, procedimento ou terapia não incorporados pela evidência médica disponível, mesmo que o tratamento desta doença já esteja contemplado no SUS.³ Muitos dos processos judiciais que tramitam, provavelmente seriam evitados por uma gestão eficiente.

A ABRALE acredita que este cenário é passível de mudança. O terceiro setor começa a realizar um processamento mais apurado de informações gerenciais com objetivos estratégicos, gerando informação para a tomada de decisão resultando em ações políticas acertivas.⁸ O terceiro setor pode ser o elo que fortalecerá as relações público-privadas para diminuir os processos de judicialização no país.

O desafio que se apresenta é: O gasto com um medicamento judicializado poderia ser menor se o mesmo estivesse incorporado no SUS? Quantos pacientes poderiam ser tratados se o medicamento específico estivesse incorporado? Podemos tratar quantos pacientes com o custo de uma judicialização farmacêutica? Essas e outras perguntas são parte fundamental de nossa pesquisa.

IV. Referências

1. PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos** [online]. 2014, vol.21, n.1, pp.15-36.
2. MÉDICI, A.C. Em Busca de um Norte para o Gasto Federal em Saúde. **Monitor de Saúde**. 2016. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/>. Acesso em: fevereiro de 2017.

3. MÉDICI, A.C. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. **Diagn Tratamento**. 2010;15(2):81-7.
4. VIEIRA F.S.; ZUCCHI P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(2):214-22.
5. REDE NACIONAL DE ADVOGADOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE. **Aquisição de medicamentos por ações judiciais cresceu 1.920%**. Disponível em: <http://nwww.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=1629>. Acesso em: abril de 2010
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017. Sistema de Informações Ambulatoriais – **SIA/SUS**. Disponível em: www.datasus.gov.br.
7. NAFFAH FILHO, M. et al. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Bepa** 2010;7(84): 18-30.
8. COHN, A et al. Informação e decisão política em saúde. **Rev. Saúde Pública** 2005;39(1): 114-21

ANEXO II – DADOS DO SISTEMA S-CODES
DISPONIBILIZADOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Ações Judiciais			
Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado			
Ano do Consumo 2010			
R\$ 29.208.412,10			
Fonte: Sistema SCODES			
Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Alfatropina / 0,9 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	1.272,54	2.545,08
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	26.560	15,60	411.093,40
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	2.886	13,07	37.568,32
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	31.093	0,98	30.875,52
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liofilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	168	1.221,41	213.471,27
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	885	4.035,80	3.557.377,34
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.133	986,19	1.264.937,44
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Gepeprostin	180	1,71	307,80
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	7.008	1,55	10.555,37
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	144	2.296,32	332.902,63
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	16	2.699,36	43.189,68
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	11.114	12,99	146.964,62
Carboplatina / 450 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	1,00	6,00
Cetuximabe / 2 Mg/MI - Solução Injetável Com 50 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.168	659,99	734.253,08
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	633	490,60	307.595,82
Ciclofosfamida Monoidratada / 200 Mg - Pó Para Preparações Extemporâneas / Frasco-Ampola / Sem Marca	28	8,62	241,36
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.010	5,61	14.282,00
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.190	10,04	11.947,60
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.695	0,42	1.992,00
Cisplatina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	5	60,00	300,00
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	645	0,73	485,55
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	872	133,62	117.256,56
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.425	147,72	1.541.062,83
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	240	121,38	30.522,60
Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.380	33,75	46.572,60
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.260	67,78	85.402,80
Decitabina / 50 Mg - Pó Liofilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	30	3.811,08	114.332,40
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	12.370	42,56	524.632,45
Docetaxel / 20 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	9	37,90	341,10
Docetaxel / 80 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	53,50	160,50
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Caelyx	24	1,53	36,77
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.650	20,79	96.673,50
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	840	237,66	200.486,94
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.510	12,33	80.257,50
Fludarabina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	23	284,00	6.852,00
Fluoruracila / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI / Ampola / Sem Marca	158	2,26	357,08

Fluoruracila / 50 Mg/G - Creme / Bisnaga / Sem Marca	1	10,89	10,89
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Eulexin	180	7,02	1.264,14
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.430	3,06	4.816,00
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	9	1.957,97	17.621,73
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	690	88,51	61.585,80
Gencitabina / 1 G / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	128,00	768,00
Gentuzumabe Ozogamicina / 5 Mg/MI / Frasco-Ampola / Mylotarg	7	5.276,26	36.933,82
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	27	919,70	24.662,95
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	139	317,62	42.852,01
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.706	1,01	5.742,62
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	78.330	17,98	1.408.700,70
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	14.308	87,79	1.243.526,80
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	591	35,96	21.348,00
Irinotecano / 40 Mg/2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	54	40,00	2.160,00
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	42	1.019,20	42.806,40
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	120	25,27	3.032,76
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	210	52,95	11.119,92
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	240	34,80	8.351,52
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	3.786	9,24	41.556,44
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	29.691	3,42	102.192,62
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	77	71,62	5.591,15
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.154	94,55	109.608,88
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	706	145,86	118.931,48
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.598	379,39	1.337.401,18
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	60	3,90	234,00
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.600	2,25	3.600,00
Mitoxantrona / 2 Mg/MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	765,43	1.530,86
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	120	70,09	8.410,80
Oxaliplatina / 100 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	14	134,67	1.885,38
Oxaliplatina / 50 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	13	34,00	442,00
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	70	2.812,45	193.622,32
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	520	857,00	444.171,88
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	898	4.133,19	3.718.926,84
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.350	0,28	378,00
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.550	1,65	4.217,55
Tartarato De Vinorelbina / 30 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	40	252,51	10.100,40
Tegafur + Uracila / 100 Mg + 224 Mg / Comprimido / Sem Marca	84	11,48	964,24
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.345	379,50	2.003.180,39
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Temodal	138	359,00	49.542,00
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.140	76,21	238.910,30
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Temodal	96	67,03	6.434,88
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	562	942,29	529.379,53
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	890	26,48	18.031,10
Tensirolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	8	2.987,76	23.902,08
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	144	493,45	71.057,23
Tioguanina / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	100	4,94	494,40
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	29.234	71,52	2.093.529,86
Trabectedina / 0,25 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	1.651,39	3.302,78
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	4.275,71	17.102,85
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	9	8.804,67	78.495,70
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	636	8.013,09	5.060.025,51

Tretinoína / 0,1 % Gel / Bisnaga / Retim-A Micro	6	1,86	11,18
Tretinoína / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	500	8,50	4.250,00
Triptorelina / 3,75 Mg / Seringa Preenchida / Gonapeptyl Depot	6	308,79	1.852,73

Ações Judiciais

Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado

Ano do Consumo 2011

R\$ 36.755.255,11

Fonte: Sistema SCODES

Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	120	56,78	6.813,60
Alfatropina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	9	1.760,11	16.312,90
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	28.800	15,81	455.350,00
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	3.806	11,24	44.375,34
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	30.706	1,03	32.204,99
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	258	1.212,52	317.685,36
Bevacizumabe / 25Mg/ML - Solução Injetável - 16 ML (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	944	4.011,08	3.773.410,38
Bevacizumabe / 25Mg/ML - Solução Injetável - 4 ML (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.139	883,05	1.159.935,20
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Gepeprostin	90	1,71	153,90
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.266	1,36	8.548,08
Bortezomibe / 1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	96	704,46	67.628,16
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	356	2.262,46	804.648,08
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	50	2.592,40	132.828,61
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	22.532	12,94	290.420,36
Carboplatina / 450 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	1,00	4,00
Cetuximabe / 2 Mg/ML - Solução Injetável Com 50 ML - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	196	516,14	105.413,84
Cetuximabe / 5 Mg/ML - Solução Injetável Com 20 ML - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.932	513,46	987.171,58
Ciclofosfamida Monoidratada / 200 Mg - Pó Para Preparações Extemporâneas / Frasco-Ampola / Sem Marca	7	8,62	60,34
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.300	4,76	13.153,70
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.650	10,04	16.566,00
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.000	0,40	2.004,25
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.725	0,73	1.314,75
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	734	93,42	72.314,64
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	8.820	149,85	1.322.925,84
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	60	144,57	8.674,20
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	780	92,70	72.330,00
Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.500	33,75	50.625,00
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.400	70,26	167.135,40
Decitabina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 ML / Frasco-Ampola / Sem Marca	70	3.058,07	204.652,00
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.330	44,04	452.286,20
Docetaxel / 20 Mg / Frasco-Ampola / Taxotere	3	669,69	2.009,07
Docetaxel / 80 Mg / Frasco-Ampola / Taxotere	6	2.414,86	14.489,16
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Caelyx	14	1,53	21,45
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	7	1.962,20	13.735,37
Etoposídeo / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca	40	23,16	926,40
Everolimo / 0,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	90	9,68	871,20
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.030	20,22	61.721,10
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.344	239,86	794.338,40

Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	480	103,55	49.749,60
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	8.625	12,33	106.276,50
Fludarabina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	300,00	900,00
Fluoruracila / 50 Mg/G - Creme / Bisnaga / Sem Marca	4	9,22	36,88
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Eulexin	710	7,02	4.986,33
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.560	3,40	9.142,30
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	58	1.916,28	111.293,76
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.204	87,13	106.675,92
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	59	887,93	51.666,22
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	258	320,76	82.566,38
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	400	1,18	473,20
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	12.160	1,01	12.248,08
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	65.130	17,97	1.170.656,70
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	240	178,74	48.676,80
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	15.815	93,26	1.466.325,80
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.107	35,90	39.846,32
Irinotecano / 40 Mg/2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	54	40,00	2.160,00
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	150	1.019,20	152.880,00
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	570	25,27	14.405,61
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	42	1.017,39	42.730,21
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	510	52,95	27.005,52
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	540	34,80	18.790,92
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	5.010	12,48	62.159,92
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	36.252	3,41	123.754,02
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	222	73,65	16.335,00
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	672	95,25	64.087,24
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	644	198,69	128.826,88
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.180	372,80	1.557.802,84
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	360	3,70	1.302,60
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.850	2,25	6.412,50
Mitoxantrona / 2 Mg/MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	765,43	1.530,86
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	2.940	66,13	201.210,24
Nimotuzumabe / 50 Mg - Solução Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	8	866,67	6.933,36
Oxaliplatina / 100 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	16	101,23	1.887,19
Paclitaxel / 100 Mg/16,7 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	31,46	125,84
Paclitaxel / 30 Mg/ 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	12,00	48,00
Pemetrexede / 100 Mg - 50 MI / Ampola / Sem Marca	44	783,92	32.302,96
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	106	3.016,18	315.103,23
Procarbazina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.050	12,49	13.111,35
Raltitrexede / 2 Mg - Pó Liofilizado / Frasco / Sem Marca	14	783,09	10.963,20
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	644	857,34	548.605,27
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.407	4.149,60	5.853.965,17
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	210	2,22	466,20
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.340	0,85	1.071,00
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.210	1,47	7.977,25
Tegafur + Uracila / 100 Mg + 224 Mg / Comprimido / Sem Marca	357	11,48	4.098,00
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	6.000	391,82	2.342.932,70
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Temodal	60	366,01	22.013,40
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.485	78,32	271.553,15
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Temodal	10	67,03	670,30
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	470	942,29	441.540,80

Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.451	32,27	50.898,60
Tensirolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	8	2.916,00	23.328,00
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	120	493,45	59.214,36
Tioguanina / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	250	4,94	1.236,00
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	915	63,38	57.992,70
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	25.958	72,06	1.876.567,81
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	24	4.466,78	109.495,57
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Yondelis	6	5.610,24	33.661,43
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	38	9.103,20	345.026,08
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	871	8.134,27	7.057.570,15
Tretinoína / 0,1 % Gel / Bisnaga / Retim-A Micro	4	1,86	7,45
Tretinoína / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.200	8,54	10.260,00
Trióxido De Arsênio / 1 Mg / Ampola / Sem Marca	170	566,74	96.345,80
Triptorelina / 3,75 Mg / Seringa Preenchida / Gonapeptyl Depot	1	308,79	308,79

Ações Judiciais

Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado

Ano do Consumo 2012

R\$ 40.029.792,24

Fonte: Sistema SCODES

Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.000	56,81	340.857,60
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Zytiga	240	56,92	13.659,60
Alfatirotropina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	19	1.337,80	25.425,13
Alfatirotropina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Thyrogen	4	1.740,94	6.963,77
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	32.700	15,93	521.779,20
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	2.154	10,91	22.884,98
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	22.714	0,89	20.314,72
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liofilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	192	1.300,70	247.939,15
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	858	3.996,19	3.430.223,16
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.599	983,69	1.653.654,32
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.568	1,33	8.730,76
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Casodex	202	14,92	3.013,84
Bortezomibe / 1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	24	704,46	16.907,04
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	564	2.062,00	1.174.439,08
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	179	2.150,94	385.345,76
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	27.450	13,20	364.881,50
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Xeloda	420	12,33	5.178,60
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.208	455,33	553.060,92
Ciclofosfamida Monoidratada / 1000 Mg - Pó Para Preparações Extemporâneas / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	97,98	195,96
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	630	0,51	321,30
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	870	10,04	8.734,80
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.750	0,39	2.612,70
Cladribina / 1 Mg/MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	7	1.017,53	7.122,71
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.550	0,73	1.158,50
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.320	117,73	150.270,60
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.630	150,47	999.607,41
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	4.950	90,95	448.281,00
Crizotinib / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	60	185,24	11.114,22

Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.320	33,75	44.550,00
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.500	69,47	311.258,76
Decitabina / 50 Mg - Pó Liofilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	40	2.969,37	118.915,60
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	18.220	43,74	799.438,25
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	46	1.814,75	85.542,63
Doxorrubicina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	29,00	87,00
Etoposídeo / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca	200	25,71	5.068,00
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.670	19,66	52.492,20
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.374	244,39	1.315.358,29
Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	630	105,04	66.175,20
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	7.050	12,35	87.077,70
Fluoruracila / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 100 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	106,76	427,02
Fluoruracila / 50 Mg/G - Creme / Bisnaga / Sem Marca	8	9,22	73,76
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Eulexin	220	7,02	1.545,06
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.300	3,52	4.775,10
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	38	1.931,51	73.268,61
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.726	84,03	230.254,80
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	63	966,94	60.791,22
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	227	335,34	75.280,90
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	1.300	1,18	1.537,90
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	15.300	1,00	15.366,30
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	57.360	17,97	1.030.850,40
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	330	242,96	80.176,80
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	16.650	91,52	1.525.076,40
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	596	36,35	21.664,60
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	390	1.019,20	397.488,00
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	750	25,27	18.954,75
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	780	1.017,39	793.561,08
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	321	52,95	16.997,59
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	420	34,80	14.615,16
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	3.058	12,95	38.851,56
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	29.664	3,37	100.097,14
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liofilo Injetável / Ampola / Sem Marca	193	74,96	14.365,93
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.344	95,12	127.900,08
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.848	183,31	343.035,00
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.850	361,06	1.748.684,96
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.140	3,21	3.873,00
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Puri-Nethol	200	2,19	438,00
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.450	2,25	3.262,50
Mesilato De Eribulina / 0,44 Mg/MI - Solução Injetável - 2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	1.154,70	6.928,20
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	5.908	59,74	345.730,56
Nimotuzumabe / 50 Mg - Solução Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	18	866,67	15.600,06
Oxaliplatina / 100 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	80,00	480,00
Paclitaxel / 100 Mg/16,7 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	18	31,46	566,28
Paclitaxel / 30 Mg/ 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	12	12,00	144,00
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	120	940,89	112.942,00
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	106	2.639,02	270.631,96
Procarbazina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	350	12,49	4.370,45
Raltitrexede / 2 Mg - Pó Liofilizado / Frasco / Sem Marca	6	783,09	4.698,52
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	628	854,94	532.900,55
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.595	4.180,35	6.679.040,68

Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	480	2,22	1.065,60
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.560	0,84	1.275,60
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.318	1,23	7.567,57
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.495	389,32	2.131.244,15
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Temodal	70	369,52	25.866,40
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.465	76,79	266.093,45
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	370	942,22	348.240,35
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.480	20,36	34.910,25
Tensiolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	17	2.987,76	50.791,92
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	96	493,45	47.371,49
Tioguanina / 40 Mg / Comprimido / Lanvis	50	8,56	428,00
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	1.080	60,06	64.735,20
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	36.170	67,58	2.442.134,90
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	15	4.275,71	64.135,68
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	26	9.551,00	248.326,00
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	772	8.095,04	6.228.737,62
Tretinoína / 0,05% - Creme / Bisnaga / Sem Marca	3	29,01	87,03
Tretinoína / 0,1 % Gel / Bisnaga / Retim-A Micro	7	1,86	13,04
Tretinoína / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.670	8,28	22.008,80
Trióxido De Arsênio / 1 Mg / Ampola / Sem Marca	30	552,20	16.566,09
Triptorelina / 0,1 Mg/MI - Solução Injetável - 1 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	14	21,73	304,23

Ações Judiciais

Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado

Ano do Consumo 2013

R\$ 50.345.602,04

Fonte: Sistema SCODES

Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	46.150	56,85	2.623.626,40
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Zytiga	3.960	56,90	225.343,08
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	27	1.347,86	36.392,21
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Thyrogen	1	1.288,22	1.288,22
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	29.100	16,19	471.656,40
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	1.176	12,02	13.705,45
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	16.412	0,90	14.661,28
Axitinib / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	60	236,34	14.180,64
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	206	1.261,48	263.406,20
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	906	4.006,45	3.622.505,24
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.205	984,88	1.257.446,49
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.930	1,32	9.252,60
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Casodex	310	14,92	4.625,20
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	792	2.311,00	1.851.933,59
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	30	2.625,56	78.619,12
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Adcetris	24	11.406,49	273.755,76
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	19	11.131,27	211.494,13
Cabazitaxel / 60 Mg - Solução Injetável 1,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	12.261,11	73.566,66
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	24.710	13,38	331.949,87
Carboplatina / 150 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	52,20	156,60

Carboplatina / 450 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	149,00	298,00
Carboplatina / 50 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	5	54,60	273,00
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 100 MI - 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	25	3.717,97	92.949,25
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Erbitux	84	453,59	38.101,56
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2.221	503,09	1.064.816,36
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Genuxal	420	0,52	218,40
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.080	0,51	552,90
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	300	10,04	3.012,00
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	9.360	0,41	3.840,30
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	700	0,71	513,00
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.560	128,43	200.350,80
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	12.408	150,01	1.859.704,14
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	90	145,95	13.135,50
Cloridrato De Erlotinibe / 25 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	240	39,80	9.551,76
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	5.910	88,80	525.388,20
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Votrient	60	104,92	6.295,20
Crizotinib / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	300	185,24	55.571,10
Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.080	33,75	36.450,00
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.000	68,75	412.036,08
Decitabina / 50 Mg - Pó Liofilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	5	2.983,44	14.917,20
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	27.529	43,22	1.188.615,64
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	35	1.918,51	67.104,05
Etoposídeo / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca	64	26,47	1.694,08
Everolimo / 0,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	600	10,39	6.234,00
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.320	20,79	27.442,80
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Afinitor	320	205,54	65.749,40
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	8.966	253,08	2.255.240,05
Everolimo / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	150	64,05	9.607,50
Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.230	110,82	137.518,44
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	7.860	12,35	97.095,60
Exemestano / 25 Mg / Drágea / Aromasin	150	18,74	2.811,00
Fluoruracila / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI / Ampola / Sem Marca	116	2,26	262,16
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	810	3,25	2.724,00
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	28	1.898,14	53.157,41
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.880	74,22	219.237,90
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	71	946,14	67.175,89
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	254	330,35	84.915,19
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	1.220	1,18	1.443,26
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	15.840	1,00	15.862,00
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	58.950	17,97	1.059.598,50
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	60	242,96	14.577,60
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	18.023	93,10	1.725.146,60
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	288	36,35	10.468,80
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	210	1.019,20	214.032,00
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.113	25,27	28.128,85
Lenalidomide / 15Mg / Cápsula / Revlimid	84	1.022,71	85.907,47
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	978	1.017,39	995.003,51
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	300	52,95	15.885,60
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	900	34,80	31.318,20
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	2.010	13,92	27.979,20

Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	22.126	3,43	75.882,51
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	149	74,26	11.056,00
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.996	95,36	285.616,52
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.217	192,49	617.713,66
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	7.412	364,57	2.704.214,96
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.230	2,92	3.853,20
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Puri-Nethol	1.075	2,19	2.354,25
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.525	2,25	3.431,25
Mitotano / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.200	7,38	8.856,00
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	6.384	49,39	324.984,80
Oxaliplatina / 100 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	12	80,00	960,00
Paclitaxel / 100 Mg/16,7 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	99,00	297,00
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	238	941,05	223.927,30
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	20	2.199,43	43.988,60
Ponatinibe / 45 Mg / Comprimido / Iclusig	120	1.055,00	126.600,48
Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	336	163,56	54.954,48
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	902	863,00	776.567,28
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.689	4.199,76	7.089.188,96
Ruxolitinib / 20 Mg / Cápsula / Jakafi	300	231,04	69.310,50
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	720	2,22	1.598,40
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.800	0,85	1.498,20
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.990	1,10	7.621,35
Tartarato De Vinorelbina / 30 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	16	214,20	3.427,20
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	6.265	388,58	2.430.431,30
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.480	76,65	415.368,20
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	650	947,60	615.721,00
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.931	25,38	61.225,10
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	72	493,45	35.528,62
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	1.200	55,64	66.768,00
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	30.540	66,45	2.016.108,40
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	18	4.275,71	76.962,82
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Yondelis	1	5.610,24	5.610,24
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	43	8.542,98	370.914,98
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	647	7.764,79	5.043.203,84
Tretinoína / 0,05% - Creme / Bisnaga / Sem Marca	7	29,01	203,07
Tretinoína / 0,1 % Gel / Bisnaga / Retim-A Micro	2	1,86	3,73
Tretinoína / 10 Mg / Cápsula Gelatinosa / Vesanoïd	1.800	8,50	15.300,00
Tretinoína / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.740	8,24	38.914,30
Trióxido De Arsênio / 1 Mg / Ampola / Sem Marca	110	566,74	62.341,40
Triptorelina / 3,75 Mg / Seringa Preenchida / Sem Marca	26	245,02	6.094,26
Vandetanibe / 300 Mg / Comprimido Revestido / Caprelsa	30	543,10	16.293,12
Vandetanibe / 300 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	60	467,79	28.067,40
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	17.760	110,09	1.955.673,41
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Zelboraf	672	86,72	58.275,84
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Erivedge	168	711,86	119.592,31
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca	308	777,99	239.621,23

Ações Judiciais

Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado

Ano do Consumo 2014

R\$ 61.747.475,37

Fonte: Sistema SCODES

Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	102.360	56,88	5.821.990,80
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Zytiga	9.720	56,91	553.124,28
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	20	1.351,05	27.021,03
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Thyrogen	4	1.347,46	5.389,82
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	25.200	16,42	412.770,40
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	650	14,23	9.277,72
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	14.510	0,89	12.941,68
Axitinib / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	300	236,34	70.903,20
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	392	1.196,57	475.730,24
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	963	4.089,24	3.916.929,54
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.181	1.013,20	1.262.664,84
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.616	1,30	7.300,80
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Casodex	588	16,15	9.783,20
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.533	2.211,08	3.420.229,42
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	143	2.357,69	337.342,29
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Adcetris	5	11.406,49	57.032,45
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	169	11.131,27	1.881.184,63
Cabazitaxel / 60 Mg - Solução Injetável 1,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	24	12.937,49	310.499,64
Cabozantinibe / 140 Mg (1 Cp. De 80 Mg + 3 Cps. De 20 Mg) / Unidade / Cometriq	14	1.159,78	16.236,92
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	9.203	12,54	114.735,77
Carfilzomib / 60 Mg - Pó Liófilo / Frasco-Ampola / Kyprolis	12	4.406,68	52.880,15
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 100 MI - 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	89	3.717,97	330.899,33
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Erbitux	80	465,54	37.243,20
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2.605	532,45	1.355.491,94
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Genuxal	420	0,52	218,40
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.150	0,52	589,80
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	570	10,04	5.722,80
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.110	0,41	4.171,35
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	439	0,67	294,13
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	870	128,43	111.734,10
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	11.600	151,04	1.752.020,16
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	210	145,95	30.649,50
Cloridrato De Erlotinibe / 25 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	240	39,80	9.551,76
Cloridrato De Pazopanibe / 200 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	2.880	50,24	144.697,20
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	5.580	86,33	483.004,80
Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.680	33,75	56.700,00
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.940	67,96	403.505,88
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	21.232	43,37	921.148,12
Docetaxel / 80 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	92,00	184,00
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	36	1.962,20	70.639,02
Enzalutamida / 40 Mg / Cápsula / Sem Marca	360	86,22	31.038,84
Etoposídeo / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca	180	27,96	5.032,80
Everolimo / 0,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	720	10,39	7.480,80
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.280	20,79	47.401,20
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Afinitor	390	207,97	81.108,30
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.470	248,11	2.600.056,47
Everolimo / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.140	58,05	64.023,60

Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.190	110,74	243.683,52
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	7.020	12,36	86.737,50
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	490	3,45	1.690,50
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	37	1.954,27	73.658,93
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.090	70,51	217.861,20
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	81	977,55	79.026,35
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	269	314,28	84.317,52
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	1.230	1,18	1.455,09
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	14.710	1,00	14.659,27
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	46.430	17,97	834.267,70
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	120	245,44	29.452,80
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	19.770	86,82	1.858.966,80
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI (50 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	42	10.872,77	456.656,34
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 40 MI (200 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	20	45.585,71	911.563,04
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	219	36,35	7.960,65
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	378	1.019,20	385.257,60
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.410	25,27	35.634,93
Lenalidomide / 15Mg / Cápsula / Revlimid	471	1.022,71	481.695,47
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	2.661	1.017,39	2.707.264,15
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	390	52,95	20.651,28
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	540	34,80	18.790,92
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	620	13,92	8.630,40
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	14.550	3,44	50.049,90
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	205	72,31	14.876,93
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.640	95,47	347.510,80
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.276	193,08	633.817,52
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.140	361,84	1.864.079,32
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.530	3,20	5.066,10
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Puri-Nethol	75	2,19	164,25
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	850	2,25	1.912,50
Mitotano / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	700	7,38	5.166,00
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	6.072	46,73	284.612,16
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	246	939,80	231.147,70
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	14	1.309,49	17.442,86
Pertuzumabe / 420 Mg/14 MI (30 Mg/MI) - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	6.688,85	26.755,40
Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	756	163,56	123.647,58
Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Stivarga	1.260	164,95	207.835,74
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	911	862,77	784.008,43
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.653	4.214,93	6.925.285,54
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	420	2,22	932,40
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.380	0,87	1.203,60
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.178	1,10	6.793,53
Temozolomida / 100 Mg - Pó Liófilo Injetável - 40 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	72	390,12	28.088,64
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	6.206	391,72	2.423.120,88
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.652	78,11	202.440,82
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	600	948,26	568.674,00
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	850	34,73	25.717,15
Tensirolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	43	2.824,03	125.854,00
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	72	493,45	35.528,62
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	360	55,64	20.030,40

Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	25.260	66,20	1.684.683,00
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Yondelis	4	5.610,24	22.440,96
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	56	8.682,93	484.610,08
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	662	7.760,33	5.138.937,12
Trastuzumabe Entansina / 100 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcylla	14	4.201,80	58.825,20
Trastuzumabe Entansina / 160 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcylla	4	6.722,88	26.891,52
Tretinoína / 0,05% - Creme / Bisnaga / Sem Marca	2	29,01	58,02
Tretinoína / 10 Mg / Cápsula Gelatinosa / Vesanoïd	1.800	8,50	15.300,00
Tretinoína / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	200	8,50	1.700,00
Trióxido De Arsênio / 1 Mg / Ampola / Sem Marca	35	473,36	16.334,15
Triptorelina / 11,25 Mg - Pó Liófilo Injetável - 2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	1.114,11	3.342,33
Triptorelina / 3,75 Mg / Seringa Preenchida / Gonapeptyl Depot	2	308,79	617,58
Triptorelina / 3,75 Mg / Seringa Preenchida / Sem Marca	10	308,79	3.087,89
Vandetanibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	660	152,69	100.775,40
Vandetanibe / 300 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	210	467,79	98.235,90
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	23.613	102,87	2.420.721,74
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Zelboraf	2.760	86,56	239.242,48
Vinflunina / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI (250 Mg/Frasco) / Frasco-Ampola / Sem Marca	16	2.011,37	32.181,92
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Erivedge	336	711,86	239.184,62
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca	396	777,99	308.084,44

Ações Judiciais

Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado

Ano do Consumo 2015

R\$ 59.352.491,72

Fonte: Sistema SCODES

Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	134.040	61,95	8.304.448,20
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Zytiga	7.200	61,55	443.181,60
Alentuzumabe / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Lemtrada	10	21.516,87	215.168,70
Alentuzumabe / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	30	22.054,75	661.642,35
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	14	1.356,06	18.984,88
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Thyrogen	1	1.415,54	1.415,54
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	23.800	18,17	432.327,00
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	720	13,01	9.365,04
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.816	0,97	10.448,26
Axitinib / 5 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	120	249,49	29.938,32
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	663	1.260,13	835.466,19
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Vidaza	21	-	-
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	859	4.697,11	4.034.818,35
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.377	1.126,37	1.551.011,49
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.476	0,79	2.746,04
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Casodex	1.124	17,04	19.149,59
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.641	1.478,62	2.426.415,42
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	52	2.164,57	112.557,64
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Adcetris	12	10.959,89	131.518,69
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	182	11.284,26	2.053.735,32
Cabazitaxel / 60 Mg - Solução Injetável 1,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	12	12.409,72	148.916,62

Capecitabina / 150 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	188	4,05	761,40
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.297	13,86	87.276,42
Carfilzomib / 60 Mg - Pó Liófilo / Frasco-Ampola / Kyprolis	48	4.406,68	211.520,59
Cetuximabe / 2 Mg/MI - Solução Injetável Com 50 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	3	697,77	2.093,30
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 100 MI - 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	46	3.717,97	171.026,62
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Erbitux	100	570,76	57.076,30
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.369	592,88	811.649,98
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	640	0,54	345,60
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.500	11,39	17.082,00
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	8.190	0,46	3.742,83
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	225	0,76	170,10
Cloridrato De Bendamustina / 100 Mg - Solução Injetável - 20 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	1.285,69	5.142,76
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	870	133,64	116.264,19
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.730	161,48	925.280,40
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	390	147,83	57.654,48
Cloridrato De Pazopanibe / 200 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	1.440	49,60	71.421,12
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	3.030	99,48	301.424,40
Crizotinib / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.020	234,60	239.289,96
Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.440	33,75	48.600,00
Dasatinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.880	67,78	398.546,40
Ditosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.180	32,54	331.257,20
Docetaxel / 20 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	150,00	900,00
Docetaxel / 80 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	175,17	350,33
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	1.554,70	9.328,20
Enzalutamida / 40 Mg / Cápsula / Sem Marca	840	73,90	62.071,80
Etoposídeo / 50 Mg / Cápsula / Sem Marca	120	25,46	3.054,60
Everolimo / 0,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.200	10,50	12.600,00
Everolimo / 0,75 Mg / Comprimido / Sem Marca	660	16,48	10.876,80
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.360	21,01	70.593,60
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Afinitor	480	212,40	101.953,44
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	8.987	246,01	2.210.909,84
Everolimo / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	660	55,32	36.507,90
Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.576	129,92	204.746,04
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.380	13,07	57.246,60
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.690	2,44	4.120,22
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	34	2.008,57	68.291,38
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.160	78,34	169.203,60
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	80	904,00	72.320,00
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	191	319,00	60.929,00
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	1.020	0,96	975,12
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	15.100	0,94	14.209,10
Ibrutinibe / 140 Mg / Cápsula / Sem Marca	270	349,97	94.491,36
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	39.720	15,79	626.980,20
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	270	245,44	66.267,99
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	17.281	56,60	978.104,60
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI (50 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	52	11.542,24	600.196,64
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 40 MI (200 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	43	46.753,86	2.010.415,85
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	23	35,83	824,09
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	462	931,70	430.443,55

Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.710	30,46	52.086,60
Lenalidomide / 15Mg / Cápsula / Revlimid	558	956,12	533.513,29
Lenalidomide / 15Mg / Cápsula / Sem Marca	60	-	-
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	1.908	1.026,02	1.957.651,88
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	660	56,48	37.277,46
Lenalidomide / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	240	12,65	3.035,04
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	258	13,42	3.461,84
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	9.388	3,67	34.453,96
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Liófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	209	84,00	17.556,00
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.444	106,80	261.026,53
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.292	220,09	724.536,28
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.567	298,44	1.362.975,48
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.800	4,91	8.830,80
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.175	2,38	2.800,03
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	5.264	42,24	222.351,36
Oxaliplatina / 100 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	80,73	322,93
Oxaliplatina / 50 Mg - Pó / Frasco-Ampola / Sem Marca	2	55,68	111,36
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	307	1.007,05	309.163,74
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Vectibix	5	-	-
Peg-Asparaginase / Contém O Equivalente A 3.750 Ui De L-Asparaginase - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	9.349,47	37.397,89
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	5	1.676,64	8.383,22
Pertuzumabe / 420 Mg/14 MI (30 Mg/MI) - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	65	7.306,63	474.930,95
Ponatinibe / 45 Mg / Comprimido / Sem Marca	90	889,17	80.024,94
Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.764	171,87	303.173,39
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	684	1.102,92	754.397,28
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.362	4.568,84	6.222.760,08
Romidepsina / 10Mg - Diluente De 2MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	9	13.601,19	122.410,71
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	120	2,14	256,80
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	840	1,73	1.450,68
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.310	2,77	14.708,70
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	4.060	377,11	1.531.046,30
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.413	78,02	110.242,26
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	286	939,87	268.802,82
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	340	19,50	6.630,00
Tensirolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	16	2.743,27	43.892,34
Timalfasina / 1,6 Mg - Pó Liofilizado / Frasco-Ampola / Sem Marca	52	418,50	21.762,05
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	240	64,20	15.407,52
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	25.780	58,84	1.516.895,20
Trabectedina / 1 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	4	4.275,71	17.102,85
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	36	8.694,05	312.985,91
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	635	8.459,92	5.372.047,93
Trastuzumabe Entansina / 100 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcylla	75	4.553,45	341.508,90
Trastuzumabe Entansina / 160 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcylla	19	7.227,23	137.317,43
Tretinoína / 0,05% - Creme / Bisnaga / Sem Marca	5	33,73	168,67
Tretinoína / 10 Mg / Cápsula Gelatinosa / Vesanoïd	1.000	8,50	8.500,00
Trióxido De Arsênio / 1 Mg / Ampola / Sem Marca	200	543,56	108.712,80
Triptorrelina / 11,25 Mg - Pó Liófilo Injetável - 2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	5	1.114,11	5.570,55
Triptorrelina / 3,75 Mg - Suspensão Injetável - 1 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	22	253,31	5.572,71
Vandetanibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	840	165,57	139.078,80
Vandetanibe / 300 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	90	463,06	41.675,40

Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	18.179	96,93	1.762.126,83
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Zelboraf	1.680	86,72	145.689,60
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Erivedge	56	796,26	44.590,67
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca	752	750,43	564.321,86

Ações Judiciais			
Consumo Realizado com Itens Oncológicos no Estado			
Ano do Consumo 2016			
R\$ 62.447.770,06			
Fonte: Sistema SCODES			
Descrição do Item	Qtde Consumida	Valor Médio Unitário	Custo Total Recibos Emitidos
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	119.356	71,60	8.545.889,60
Abiraterone / 250 Mg / Comprimido / Zytiga	2.640	62,06	163.833,12
Alentuzumabe / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Lemtrada	3	21.516,87	64.550,61
Alentuzumabe / 10 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	39	24.772,71	966.135,81
Alfatirotopina / 1,1 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	11	1.886,96	20.756,55
Anagrelida / 0,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	27.050	20,10	543.705,00
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Arimidex	240	13,93	3.343,20
Anastrozol / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	10.108	0,93	9.440,87
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.033	1.355,52	1.400.247,00
Azacitidina / 100 Mg/200 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Vidaza	42	1.132,75	47.575,50
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 16 MI (400 Mg) / Ampola / Sem Marca	546	5.013,01	2.737.103,46
Bevacizumabe / 25Mg/MI - Solução Injetável - 4 MI (100 Mg) / Ampola / Sem Marca	1.256	1.292,69	1.623.622,41
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.734	0,70	1.913,80
Bicalutamida / 50 Mg / Comprimido Revestido / Casodex	902	17,78	16.040,27
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.512	1.671,39	2.527.146,22
Bortezomibe / 3,5 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Velcade	36	2.164,57	77.924,52
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Adcetris	12	11.345,38	136.144,50
Brentuximabe Vedotina / 50 Mg - Pó Liófilo Injetável - 10 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	246	12.997,09	3.197.284,14
Cabazitaxel / 60 Mg - Solução Injetável 1,5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	9	12.323,83	110.914,49
Capecitabina / 150 Mg / Comprimido Revestido / Xeloda	60	331,84	19.910,40
Capecitabina / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.291	12,30	15.875,43
Carfilzomibe / 60 Mg - Pó Liófilo / Frasco-Ampola / Kyprolis	54	4.818,55	260.201,75
Carfilzomibe / 60 Mg - Pó Liófilo / Frasco-Ampola / Sem Marca	36	4.445,47	160.036,92
Cetuximabe / 2 Mg/MI - Solução Injetável Com 50 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	6	697,77	4.186,59
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 100 MI - 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	54	2.845,42	153.652,41
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Erbitux	192	572,57	109.932,48
Cetuximabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável Com 20 MI - 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.265	534,66	676.341,11
Ciclofosfamida Monoidratada / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	670	0,60	402,00
Ciproterona / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	780	11,74	9.154,08
Ciproterona / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.970	0,46	2.286,20
Clorambucila / 2 Mg / Comprimido / Sem Marca	175	0,96	168,18
Cloridrato De Erlotinibe / 100 Mg / Comprimido / Sem Marca	590	148,02	87.331,80
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.665	182,81	852.822,65
Cloridrato De Erlotinibe / 150 Mg / Comprimido / Tarceva	390	153,49	59.859,15
Cloridrato De Pazopanibe / 200 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	1.290	47,22	60.908,64
Cloridrato De Pazopanibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	1.800	107,55	193.584,60
Crizotinibe / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	840	250,10	210.084,00

Dasatinibe / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	540	64,77	34.977,42
Dítosilato De Lapatinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	6.580	36,00	236.880,00
Docetaxel / 20 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	18	445,92	8.026,51
Docetaxel / 80 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	14	734,78	10.286,96
Doxorrubicina / 20 Mg - Lipossomal / Frasco-Ampola / Sem Marca	28	1.767,81	49.498,57
Enzalutamida / 40 Mg / Cápsula / Sem Marca	3.088	66,05	203.953,14
Everolimo / 0,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.980	11,47	22.710,60
Everolimo / 0,75 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.260	17,60	22.173,48
Everolimo / 1 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.430	22,95	124.618,50
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Afinitor	540	224,64	121.307,22
Everolimo / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.683	290,64	1.651.690,07
Everolimo / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.080	57,18	61.752,24
Everolimo / 5 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.605	143,13	229.728,47
Exemestano / 25 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.698	13,90	37.502,20
Flutamida / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.050	4,02	4.218,90
Fulvestranto / 250 Mg/5 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	29	2.194,00	63.626,00
Gefitinibe / 250 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.100	88,63	186.118,80
Gosserrelina / 10,8 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	63	904,00	56.952,00
Gosserrelina / 3,6 Mg/Seringa / Seringa Preenchida / Sem Marca	121	319,00	38.599,00
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Hydrea	700	0,96	669,20
Hidroxiuréia / 500 Mg / Cápsula / Sem Marca	11.270	1,21	13.636,70
Ibrutinibe / 140 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.400	318,20	1.718.280,00
Imatinibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	32.467	12,72	412.980,24
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Glivec	60	252,27	15.136,02
Imatinibe / 400 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	15.738	50,80	799.490,40
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 10 MI (50 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	70	12.619,28	883.349,39
Ipilimumabe / 5 Mg/MI - Solução Injetável - 40 MI (200 Mg) / Frasco-Ampola / Sem Marca	44	48.497,70	2.133.898,71
Irinotecano / 100 Mg/5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	51	37,63	1.918,88
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Revlimid	210	958,00	201.180,42
Lenalidomide / 10 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.380	32,12	44.320,08
Lenalidomide / 15Mg / Cápsula / Revlimid	1.071	990,12	1.060.419,59
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Revlimid	1.287	1.090,63	1.403.644,67
Lenalidomide / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.920	60,00	115.201,92
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Femara	392	15,07	5.908,62
Letrozol / 2,5 Mg / Comprimido / Sem Marca	4.036	4,15	16.749,40
Leuprorrelina / 3,75 Mg - Pó Líófilo Injetável / Ampola / Sem Marca	233	304,20	70.877,44
Malato De Sunitinibe / 12,5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.486	111,85	166.209,10
Malato De Sunitinibe / 25 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.208	223,71	493.940,64
Malato De Sunitinibe / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	5.695	298,44	1.699.615,80
Megestrol / 160 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.080	6,66	7.187,40
Mercaptopurina / 50 Mg / Comprimido / Sem Marca	1.825	2,54	4.630,03
Mitotano / 500 Mg / Comprimido / Sem Marca	900	8,52	7.669,80
Nilotinibe / 200 Mg / Cápsula Gelatinosa / Sem Marca	3.772	36,32	136.999,04
Nivolumab / 10Mg/MI - 10MI / Frasco / Sem Marca	59	6.386,61	376.809,99
Nivolumab / 10Mg/MI - 4MI / Frasco / Sem Marca	8	2.554,64	20.437,12
Panitumumabe / 20Mg/MI - Solução Injetável - 5 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	402	1.136,95	457.053,10
Pemetrexede / 500 Mg - 50 MI / Frasco / Sem Marca	4	726,29	2.905,17
Pertuzumabe / 420 Mg/14 MI (30 Mg/MI) - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Perjeta	11	7.897,03	86.867,33
Pertuzumabe / 420 Mg/14 MI (30 Mg/MI) - Solução Injetável / Frasco-Ampola / Sem Marca	99	8.385,53	830.167,17
Ponatinibe / 45 Mg / Comprimido / Sem Marca	150	860,25	129.037,05

Regorafenib / 40 Mg / Comprimido / Sem Marca	2.632	145,89	383.985,11
Rituximabe / 100 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	615	1.039,30	639.169,50
Rituximabe / 500 Mg / Frasco-Ampola / Sem Marca	1.045	5.188,67	5.422.160,15
Romidepsina / 10Mg - Diluente De 2Ml / Frasco-Ampola / Sem Marca	9	13.601,19	122.410,71
Ruxolitinib / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	300	162,05	48.615,00
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Nolvadex	60	2,14	128,40
Tamoxifeno / 10 Mg / Comprimido / Sem Marca	120	1,59	191,04
Tamoxifeno / 20 Mg / Comprimido / Sem Marca	3.380	1,49	5.036,20
Temozolomida / 100 Mg / Cápsula / Sem Marca	5.760	54,00	311.040,00
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Sem Marca	2.305	11,16	25.723,80
Temozolomida / 20 Mg / Cápsula / Temodal	85	69,49	5.906,23
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Sem Marca	500	135,70	67.850,00
Temozolomida / 250 Mg / Cápsula / Temodal	50	870,06	43.502,85
Temozolomida / 5 Mg / Cápsula / Sem Marca	1.395	16,24	22.657,59
Tensirolimo / 25 Mg/MI - Solução Injetável - 1,2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	38	2.495,33	94.822,62
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Nexavar	1.560	64,54	100.685,52
Tosilato De Sorafenibe / 200 Mg / Comprimido / Sem Marca	26.178	69,26	1.812.983,57
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Herceptin	18	8.212,15	147.818,70
Trastuzumabe / 440 Mg / Ampola / Sem Marca	835	9.363,71	7.818.697,85
Trastuzumabe Entansina / 100 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcyta	35	4.708,58	164.800,41
Trastuzumabe Entansina / 160 Mg - Pó Liófilo Injetável / Frasco-Ampola / Kadcyta	12	7.273,86	87.286,32
Tretinoína / 0,05% - Creme / Bisnaga / Sem Marca	9	33,73	303,60
Triptorelina / 11,25 Mg - Pó Liófilo Injetável - 2 MI / Frasco-Ampola / Sem Marca	5	1.109,54	5.547,70
Triptorelina / 3,75 Mg - Suspensão Injetável - 1 MI / Seringa Preenchida / Sem Marca	11	335,86	3.694,42
Vandetanibe / 100 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	660	169,35	111.772,32
Vandetanibe / 300 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	510	471,09	240.253,35
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Sem Marca	24.445	109,64	2.680.223,14
Vemurafenibe / 240 Mg / Comprimido Revestido / Zelboraf	224	86,72	19.425,28
Vismodegibe / 150 Mg / Cápsula / Sem Marca	700	727,08	508.958,80