

# **GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE, JUDICIALIZAÇÃO E O MITO DE QUE OS RECURSOS NÃO SÃO ESCASSOS: DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS DO ESTADO BRASILEIRO**

Fabiola Sulpino Vieira



## GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE, JUDICIALIZAÇÃO E O MITO DE QUE OS RECURSOS NÃO SÃO ESCASSOS: DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS DO ESTADO BRASILEIRO

Fabiola Sulpino Vieira

### RESUMO

*Objetivos.* Apresentar estimativas de gasto do governo federal com ações judiciais e discutir os desafios atuais e futuros do Estado brasileiro para garantia do direito à saúde. *Métodos.* Os gastos do governo federal com ações judiciais foram estimados, assim como o gasto caso as insulinas atualmente ofertadas no SUS fossem substituídas por insulinas análogas. *Resultados.* O gasto do governo federal com ações judiciais foi de 3,4 bilhões de reais entre 2009 e 2015. Em 2014, as despesas com medicamentos por via judicial foram de 8% do gasto total com medicamentos. Caso se decidisse incorporar as insulinas glargina e asparte em substituição às insulinas NPH e regular, o gasto poderia ser até 333% maior, com despesa adicional de 4,1 bilhões de reais. *Conclusões.* O gasto do governo federal com ações judiciais aumentou nos últimos 7 anos e a seleção da tecnologia em saúde tem um papel relevante neste contexto. Os recursos são escassos e a depender das escolhas feitas, seja pelo Executivo nas políticas ou com participação do Judiciário nos processos, a coletividade pode ser prejudicada com menor oferta de bens e serviços.

**Palavras-chave:** Decisões judiciais. Gastos em saúde. Direito à saúde. Tecnologias em saúde.



## 1. INTRODUÇÃO

Desde meados dos anos 2000 tem-se verificado o aumento das ações judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde por parte de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a cidadãos. São consideradas tecnologias em saúde “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas à solução ou redução dos problemas de saúde de indivíduos ou de populações” (Panerai e Peña-Mohr, 1989), tais como, medicamentos, dispositivos médicos, procedimentos, sistemas organizacionais e de suporte, dentro dos quais os cuidados à saúde são oferecidos, e triagem diagnóstica.

No que se refere ao aumento das ações judiciais (judicialização da saúde), Travassos e colaboradores (2013) realizaram estudo baseado nos recursos julgados em segunda instância de ações impetradas contra gestores do SUS, observando maior acesso ao Poder Judiciário e maior número de decisões favoráveis aos usuários.

Considerando o crescimento geral das demandas pela via judicial, Bittencourt (2016) analisou a produção acadêmica recente, concluindo que há uma corrente de autores que imputam às falhas de gestão do SUS a causa para o aumento das ações judiciais e outra que aponta o desajuste que este aumento causa ao planejamento, orçamento e implementação das políticas públicas. A autora assevera que existem dois entendimentos principais: o de que este fenômeno constitui obstáculo para efetivação do direito coletivo à saúde e o de que a judicialização é uma forma de ampliação da cidadania e fortalecimento da democracia.

Apesar dos esforços recentes para o estabelecimento de diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, a fim de conciliar seus diferentes pontos de vista, as ações judiciais continuam aumentando. Estudo contratado pelo Conselho Nacional de Justiça revelou que o número processos judiciais em saúde pública e saúde suplementar nas instâncias de 1º e 2º graus, turmas recursais e juizados especiais em tribunais dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Acre era de quase 27,3 milhões em 2012 (Asensi e Pinheiro, 2015).



Em relação às tecnologias demandadas, no governo federal, as mais pedidas, no período de 2010 a 2014 destinam-se ao tratamento de doenças raras e da diabetes, sendo que 65% delas não estavam incorporadas ao SUS. Além disso, metade das 20 tecnologias mais caras demandadas em 2015 não tinham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destacando-se nas solicitações os medicamentos biológicos (Ministério da Saúde, 2015). Ainda segundo o Ministério, os cinco itens mais judicializados no período de 2010 a 2015 foram, nesta ordem, tira reagente, insulina glargina, insulina lispro, insulina asparte e eculizumabe. Ou seja, medicamentos e insumo para tratamento da diabetes e da hemoglobinúria paroxística noturna, uma doença rara, no caso do último medicamento.

Mais recentemente a comunidade científica e os gestores do SUS foram surpreendidos com casos de judicialização da substância fosfoetanolamina, também chamada de “pílula do câncer”, que foi desenvolvida em uma universidade pública brasileira e estava sendo distribuída a pacientes, culminando com a aprovação de lei que atualmente autoriza o seu uso por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna, à revelia da legislação e dos pareceres das autoridades sanitárias do país, que alertaram para o risco de se administrar substância a seres humanos sem que se conheça sua segurança e eficácia (Brasil, 2016a).

A questão é complexa e o debate muitas vezes se faz de forma acalorada. Duas visões se destacam neste contexto. De um lado os gestores da saúde apontam as dificuldades para atender as demandas individuais, enfatizando a existência de políticas públicas para garantia do acesso às tecnologias em saúde. Destacam também os problemas gerados quando são prescritos medicamentos não aprovados pela agência reguladora e são desconsideradas as restrições orçamentárias, na medida em que são responsáveis pela oferta de bens e de serviços de saúde regularmente à população, em um contexto de elevado gasto com a aquisição de medicamentos para cumprir as demandas pela via judicial. E, de outro lado, há os que interpretam e defendem que a garantia do acesso às tecnologias em saúde é irrestrita, de forma que a não oferta de um determinado medicamento significaria a negação do direito à saúde, que não poderia ser delimitado por questões financeiras.



A respeito do tema da escassez de recursos, há visões bastante contundentes, como a tese apresentada por Luz e Góis (2009), em texto submetido ao Supremo Tribunal Federal como contribuição aos debates durante a Audiência Pública realizada em 2009 para tratar da judicialização da saúde. Os autores afirmam que “é amoral o discurso ilusório da reserva do possível como forma de limitar e assassinar milhares de necessitados que estão agonizando por uma consulta ou procedimento médico nos hospitais públicos brasileiros”.

Neste contexto, é relevante retomar a discussão sobre o direito à saúde disposto na Constituição Federal e demonstrar que a escassez de recursos não constitui um mito.

## **2. OBJETIVOS**

Apresentar estimativas de gasto do governo federal com ações judiciais e discutir os desafios atuais e futuros do Estado brasileiro para garantia do direito à saúde em um contexto de judicialização da política de saúde e de escassez de recursos.

## **3. METODOLOGIA**

Com a finalidade de obter dados sobre o gasto com decisões judiciais do Ministério da Saúde foram consultados dois sistemas de informação: i) Siga Brasil, sistema sobre o orçamento federal, mantido pelo Senado Federal; e ii) Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), sob gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Segundo a Advocacia-Geral da União, o cumprimento das decisões é feito das seguintes formas: a) aquisição pelo próprio Ministério da Saúde do medicamento ou outro produto solicitado; b) depósito do valor necessário à sua aquisição pelo próprio demandante; e c) depósito aos estados, municípios ou a instituições privadas sem fins



lucrativos quando o paciente é atendido por eles e/ou quando a ação judicial determina desta maneira (AGU, 2013)<sup>1</sup>.

O Siga Brasil foi utilizado para a obtenção de dados sobre os depósitos efetuados pelo Ministério da Saúde em razão de decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde no período de 2009 a 2015 (Brasil, 2016b). A consulta foi feita para a unidade orçamentária 36901 – Fundo Nacional de Saúde, o grupo de natureza de despesa 3 – outras despesas correntes, o elemento de despesa 91 – sentenças judiciais, sub elementos de despesa 33909101, 33909103 e 33909104, que estão relacionados às ações judiciais, e para o tipo de favorecido, pessoa física e pessoa jurídica.

Como não é possível discriminar na execução orçamentária, para todo o período, o gasto com a compra de medicamentos e produtos para a saúde devido a ações judiciais, utilizaram-se dados do SIASG para estimar o valor total com a aquisição de medicamentos. O SIASG é um conjunto informatizado de ferramentas para operacionalizar internamente o funcionamento sistêmico de atividades inerentes ao Sistema de Serviços Gerais (SISG), tais como: gestão de materiais, edificações públicas, veículos oficiais, comunicações administrativas, licitações e contratos. A partir dele é possível ter acesso a informações gerenciais sobre compras governamentais por meio do DW-COMPRASNET (Brasil, 2016c). Foram extraídos dados sobre o produto adquirido, a modalidade de compra, a justificativa para a dispensa de licitação ou inexigibilidade, quantidade adquirida e preço unitário. O valor total da aquisição foi calculado para cada item de compra e ano nas aquisições em que houve justificativa de dispensa de licitação ou inexigibilidade em decorrência de ação judicial.

Para apoiar a discussão sobre o impacto das tecnologias em saúde quanto ao uso de recursos, elaborou-se uma estimativa de gasto caso as insulinas atualmente ofertadas no SUS fossem substituídas por insulinas análogas. Para tanto, foram

---

<sup>1</sup> A Advocacia-Geral da União não faz menção às instituições privadas sem fins lucrativos em seu documento. Contudo, neste trabalho, foram identificados depósitos em favor dessas instituições. Além disso, a palavra repasse não parece bem colocada porque dá uma ideia de que os recursos foram transferidos, quando em realidade a modalidade de aplicação é direta



utilizados dados de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2016d), de prevalência de diabetes e uso de insulinas da Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2016e), de posologia das insulinas disponível dos relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec (Brasil, 2014a; 2014b) e de preços autorizados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Brasil, 2016f). Detalhes sobre os parâmetros utilizados para estimar o gasto podem ser consultados no apêndice deste trabalho.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. ESTIMATIVAS DE GASTO COM DEMANDAS JUDICIAIS

Uma grande dificuldade que se enfrenta em relação às ações judiciais por tecnologias em saúde é levantar o gasto de todos os entes da Federação, a fim de consolidar dados do SUS e ter uma visão do todo. Como a execução de ações e serviços de saúde é descentralizada e os gestores de todas as esferas podem ser arrolados como réus nos processos, a União, estados, o Distrito Federal e os municípios estão adquirindo produtos e pagando por serviços em decorrência dessas demandas.

Um esforço inicial para suprir a falta de informação a esse respeito foi feito pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde junto a Secretarias Estaduais de Saúde (AGU, 2013). Na tabela 1, apresentam-se os gastos com decisões judiciais dos anos de 2009 e 2010 que foram informados por algumas Secretarias ao Ministério da Saúde. A ausência de uma série histórica maior dificulta a análise do comportamento do gasto, contudo, é possível ter uma noção do montante alocado por essas Secretarias nesses anos. Veja-se que em 2010 o conjunto das nove Secretarias de Saúde gastou cerca de 649 milhões de reais em valores de 2015 com a oferta de tecnologias em decorrência de ações judiciais.



Tabela 1. Gasto de algumas Secretarias de Estado de Saúde com decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde, 2009 e 2010

Secretaria	2009	2010	Variação Percentual
SES Alagoas	16.372.666,62	12.492.650,13	-24%
SES Goiás	7.190.279,67	10.896.983,66	52%
SES Minas Gerais	51.300.946,46	86.553.429,98	69%
SES Pará	-	1.283.673,71	-
SES Paraná	52.120.556,94	50.216.321,20	-4%
SES Pernambuco	-	56.235.265,70	-
SES Santa Catarina	113.884.567,62	131.318.194,77	15%
SES São Paulo		299.134.267,71	-
SES Tocantins	668.456,11	1.156.952,99	68%

Fonte: Advocacia-Geral da União, 2013; Siqueira, 2015. Os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços ao consumidor Amplo (IPCA) para valores de 2015.

Quanto ao Ministério da Saúde, o esforço para estimar o gasto é menor, contudo os procedimentos não são tão simples, na medida em que é preciso verificar os valores depositados para aquisição dos produtos farmacêuticos por pessoas físicas, aqueles cujos favorecidos são pessoas jurídicas e as compras diretas feitas pelo órgão. Como resultado deste trabalho e, nesta mesma ordem, no quadro 1, inicia-se apresentando a estimativa de gasto com os depósitos para pessoas físicas em valores correntes.

Neste quadro, observa-se que o número de pessoas favorecidas no caso das ações de assistência farmacêutica, cuja finalidade é financiar a aquisição de medicamentos, passou de 127 para 1.703 no período de 2009 a 2015, o que corresponde a um aumento de 1.241% no número de pessoas que receberam recursos financeiros para a compra desses produtos. No caso da ação de média e alta complexidade, que financia produtos para a saúde, exames e procedimentos médicos, o número de pessoas atendidas variou de 98 em 2009 a 1.625 em 2015, com aumento de 1.558% no mesmo período. Em relação à ação de vigilância em saúde, não se tem certeza sobre o objeto das demandas em 2012 e, especialmente, em 2013 e 2015. Uma hipótese é de que tenham ocorrido para oferta de imunobiológicos (vacinas) e/ou hemoderivados. Nota-se, por exemplo, que em 2012 o valor para atender a uma pessoa foi empenhado, mas não foi pago.





Ainda no quadro 1, é interessante observar, comparando-se ano a ano, que o valor pago médio é menor para a assistência farmacêutica que para a média e alta complexidade. Esse valor médio dá uma ideia do gasto por pessoa para uma comparação, por exemplo, com o gasto per capita de todo o SUS, mas mascara a realidade de que houve depósito de valores baixos, menos de 100 reais, e valores altos, quase 680 mil reais, para uma única pessoa em 2015. Neste caso, não é possível dizer muita coisa olhando apenas esses números. Seria preciso analisar os processos para verificar que tecnologias estão sendo demandadas.

Quadro 2. Estimativa dos depósitos judiciais feitos pelo Ministério da Saúde a pessoas físicas em razão de decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde. Brasil, 2009 a 2015

Programa ou Ação	Ano	Nº de pessoas favorecidos	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago	Valor pago médio
Assistência Farmacêutica	2009	127	2.379.338	-	2.347.121	18.481,27
	2010	266	4.351.380	-	4.251.759	15.984,06
	2011	215	1.169.486	-	1.084.749	5.045,34
	2012	651	5.273.792	-	4.961.724	7.621,70
	2013	778	6.121.729	-	5.766.131	7.411,48
	2014	1.375	14.899.207	-	14.638.141	10.645,92
Média e Alta Complexidade	2009	98	5.061.233	-	5.050.448	51.535,18
	2010	152	7.576.112	-	7.339.162	48.283,96
	2011	272	9.239.776	-	9.103.934	33.470,35
	2012	750	36.015.578	-	34.249.947	45.666,60
	2013	2.253	84.638.497	-	80.502.669	35.731,32
	2014	1.950	78.263.321	-	75.222.670	38.575,73
Vigilância em Saúde	2009	-	-	-	-	-
	2010	-	-	-	-	-
	2011	-	-	-	-	-
	2012	1	945	-	-	-
	2013	12	810.622	-	810.622	67.551,83
	2014	-	-	-	-	-
TOTAL	2009	225	7.440.570	-	7.397.569	32.878,08
	2010	418	11.927.492	-	11.590.921	27.729,48
	2011	487	10.409.261	-	10.188.683	20.921,32
	2012	1.402	41.290.315	-	39.211.670	27.968,38
	2013	3.043	91.570.848	-	87.079.422	28.616,31
	2014	3.325	93.162.528	-	89.860.810	27.025,81
	2015	3.343	80.231.757	75.419.673	75.419.673	22.560,48

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Siga Brasil.

No quadro 2, apresenta-se a estimativa dos depósitos feitos para pessoas jurídicas. Neste caso, observa-se uma redução no número de instituições favorecidas no período entre 2009 e 2015. No caso da assistência farmacêutica, os depósitos foram feitos para fundos de saúde de estados e municípios e no da média e alta



complexidade, adicionalmente, para estabelecimentos de saúde privados. Destaca-se que a despesa com transporte aéreo está incluída no valor alocado em 2015, correspondendo a 904,5 milhões de reais (4%) dos quase 23 milhões de reais gastos. A maior parte dos recursos, em 2015, foi repassada ao Banco do Brasil como depósito judicial, aproximadamente 15,8 milhões de reais (69%).

A respeito dos depósitos, a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde esclarece que como o processo de compra dos produtos pode demorar de 60 a 120 dias, a depender se o medicamento tem oferta nacional, se é importado ou se não tem registro no Brasil, o depósito constitui importante meio para o cumprimento imediato das decisões judiciais pela União, não apenas quando o objeto é medicamento, mas também nas demandas por procedimentos médicos (AGU, 2013). Destaca ainda o elevado gasto administrativo para cumprimento das decisões, ilustrando com as despesas com transporte aéreo, que em 2012 chegaram a quase 2 milhões de reais (valor não incluído no respectivo ano na informação constante do quadro 2).



Quadro 2. Estimativa de depósitos judiciais feitos pelo Ministério da Saúde a instituições Públicas e privadas em razão de decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias de saúde. Brasil, 2009 a 2015

Programa ou Ação	Ano	Nº de instituições	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
Assistência Farmacêutica	2009	18	3.257.414	-	3.024.130
	2010	25	2.424.318	-	2.228.769
	2011	16	1.548.865	-	1.546.755
	2012	18	7.088.680	-	7.065.105
	2013	16	4.565.044	-	4.414.935
	2014	14	14.868.395	-	14.241.641
	2015	7	927.071	927.071	927.071
Atenção Básica	2009	1	2.018.195	-	2.018.195
	2010	-	-	-	-
	2011	-	-	-	-
	2012	-	-	-	-
	2013	-	-	-	-
	2014	-	-	-	-
	2015	-	-	-	-
Média e Alta Complexidade	2009	29	3.584.967	-	3.568.811
	2010	31	2.677.938	-	2.528.438
	2011	42	10.433.012	-	10.043.406
	2012	44	12.806.055	-	12.374.831
	2013	62	22.634.545	-	21.831.638
	2014	57	30.723.387	-	28.958.918
	2015	27	23.983.427	22.960.384	22.958.235
Vigilância em Saúde	2009	1	1.237.723	-	1.237.723
	2010	-	-	-	-
	2011	-	-	-	-
	2012	-	-	-	-
	2013	-	-	-	-
	2014	-	-	-	-
	2015	-	-	-	-
TOTAL	2009	49	10.098.299	-	9.848.859
	2010	56	5.102.256	-	4.757.207
	2011	58	11.981.877	-	11.590.161
	2012	62	19.894.735	-	19.439.937
	2013	78	27.199.590	-	26.246.574
	2014	71	45.591.783	-	43.200.559
	2015	34	24.910.498	23.887.455	23.885.306

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Siga Brasil.

No quadro 3, são apresentados os gastos com depósitos a pessoas físicas e jurídicas a valores de 2015, bem como a variação percentual das despesas de um ano a outro. Interessante observar que o maior crescimento ocorreu entre 2011 e 2012 e que de 2014 para 2015 verifica-se uma queda nas despesas, ainda que, por exemplo, o número de pessoas físicas atendidas tenha aumentado em todo o período, partindo de 225 pessoas em 2009 para 3.343 em 2015, número que pode ser bem maior porque é preciso lembrar que mesmo que os recursos sejam depositados na conta de uma instituição, o beneficiário final é uma pessoa física. Fatores como a categoria do



medicamento solicitado (inovador ou não, de referência, similar ou genérico, entre outras) e se o transporte aéreo está incluído nos valores podem influenciar esta oscilação. Por exemplo, se são demandados em determinado ano produtos mais novos e mais caros, o gasto pode aumentar proporcionalmente mais do que o número de pessoas beneficiadas. O contrário também pode acontecer.

Quadro 3. Estimativa de depósitos judiciais feitos pelo Ministério da Saúde em decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde. Brasil, 2009 a 2015

Programa ou Ação	Ano	Pessoas Físicas	Pessoas Jurídicas	Total	Varição percentual em relação ao ano anterior
Assistência Farmacêutica	2009	3.494.791	4.502.837	7.997.628	
	2010	5.977.470	3.133.386	9.110.855	14%
	2011	1.431.951	2.041.835	3.473.786	-62%
	2012	6.188.450	8.811.867	15.000.317	332%
	2013	6.790.423	5.199.202	11.989.625	-20%
	2014	16.200.030	15.761.224	31.961.254	167%
	2015	13.073.779	927.071	14.000.850	-56%
Atenção Básica	2009	-	3.005.030	3.005.030	
	2010	-	-	-	
	2011	-	-	-	
	2012	-	-	-	
	2013	-	-	-	
	2014	-	-	-	
	2015	-	-	-	
Média e Alta Complexidade	2009	7.519.961	5.313.849	12.833.811	
	2010	10.317.994	3.554.685	13.872.678	8%
	2011	12.017.891	13.258.066	25.275.958	82%
	2012	42.717.834	15.434.360	58.152.193	130%
	2013	94.803.121	25.709.799	120.512.920	107%
	2014	83.248.928	32.048.835	115.297.763	-4%
	2015	61.588.590	22.958.235	84.546.825	-27%
Vigilância em Saúde	2009	-	1.842.932	1.842.932	
	2010	-	-	-	
	2011	-	-	-	
	2012	-	-	-	
	2013	954.620	-	954.620	
	2014	-	-	-	
	2015	757.305	-	757.305	
TOTAL	2009	11.014.753	14.664.648	25.679.400	
	2010	16.295.463	6.688.070	22.983.533	-10%
	2011	13.449.843	15.299.901	28.749.744	25%
	2012	48.906.284	24.246.227	73.152.511	154%
	2013	102.548.164	30.909.001	133.457.165	82%
	2014	99.448.959	47.810.058	147.259.017	10%
	2015	75.419.673	23.885.306	99.304.979	-33%

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Siga Brasil. Valores deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Somando-se o gasto com os depósitos aos gastos com medicamentos, tem-se uma estimativa do gasto do Ministério da Saúde com as ações judiciais, tabela 2. Este



valor ainda não é o gasto total do órgão porque seria necessário agregar as despesas com a aquisição de outros produtos<sup>2</sup>, que não medicamentos, e ainda somar as despesas administrativas, que podem ser muito significativas e, em geral, de difícil mensuração pela falta de sistemas internos de apuração de custos. Estruturas organizacionais inteiras têm sido criadas para que o Ministério e as Secretarias de Saúde consigam dar respostas às demandas judiciais dentro dos prazos estabelecidos pelo Poder Judiciário. Essa questão também precisa ser objeto de estudo e melhor debatida, considerando que muitas vezes os funcionários são deslocados das áreas finalísticas para as áreas meio, a fim de apoiarem o cumprimento das sentenças judiciais por seus órgãos.

O gasto com medicamentos por via judicial, em 2014, foi de 8% do gasto total com medicamentos do Ministério da Saúde, excluindo-se o Programa Farmácia Popular do Brasil.

**TABELA 2. Estimativa de gasto do Ministério da Saúde com depósitos e aquisição de medicamentos devido a ações judiciais, 2009 a 2015.**

R\$ constantes de 2015			
Ano	Depósitos	Medicamentos	Total
2009	25.679.400	156.252.706	181.932.106
2010	22.983.533	148.776.782	171.760.315
2011	28.749.744	273.447.982	302.197.726
2012	73.152.511	403.401.945	476.554.455
2013	133.457.165	514.922.790	648.379.955
2014	147.259.017	776.222.258	923.481.275
2015	99.304.979	615.810.660	715.115.640
<b>TOTAL</b>			<b>3.419.421.473</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Siga Brasil e do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG). Valores deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Para se ter uma ideia do montante que pode estar fora da conta apresentada na tabela 2, conforme o método adotado neste trabalho, apresenta-se na tabela 3 o gasto do Ministério da Saúde com suprimentos médicos que podem estar

<sup>2</sup> Aparentemente o gasto com produtos para saúde (não incluídos os medicamentos) é residual. Neste trabalho não foi possível levantar todos os dados em virtude de dificuldades de acesso ao banco de dados do DW-COMPRASNET.



relacionados a demandas judiciais. Infelizmente, por dificuldades de acesso e consulta ao DW-COMPRASNET não foi possível apresentar uma estimativa global do gasto com ações judiciais. Mas é importante observar na tabela 3 que o valor que falta, em relação à aquisição de produtos para a saúde, parece realmente ser residual (se somado aos 715 milhões da tabela 2, a sua participação seria de aproximadamente 0,03% em 2015).

**TABELA 3. Suprimentos médicos que podem estar relacionados a demandas judiciais e que foram adquiridos pelo Ministério da Saúde na modalidade de dispensa de licitação, 2011 a 2015.**

R\$ Correntes					
Ano	Bomba infusora de insulina e acessórios	Caneta aplicadora e agulhas	Lancetas e lancetador	Dispositivos para monitoramento da glicose	Total
2011	41.543	21.699	24.679	47.680	135.601
2012	91.563	18.085	18.380	28.900	156.929
2013	90.129	16.702	7.239	7.700	121.770
2014	245.078	21.351	18.380	18.020	302.828
2015	157.902	31.453	24.679	2.343	216.377

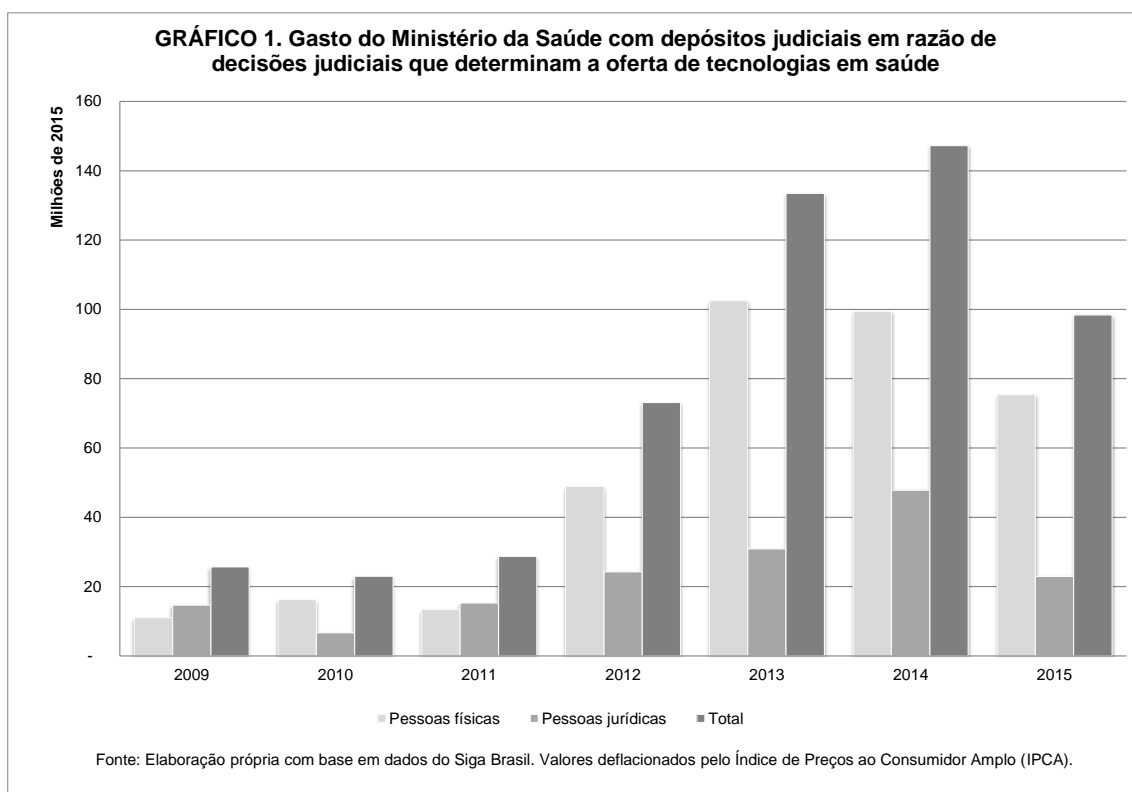
Fonte: Elaboração própria com base em dados do PAINEL DE COMPRAS DO GOVERNO FEDERAL (<http://www.comprasgovernamentais.gov.br/>).

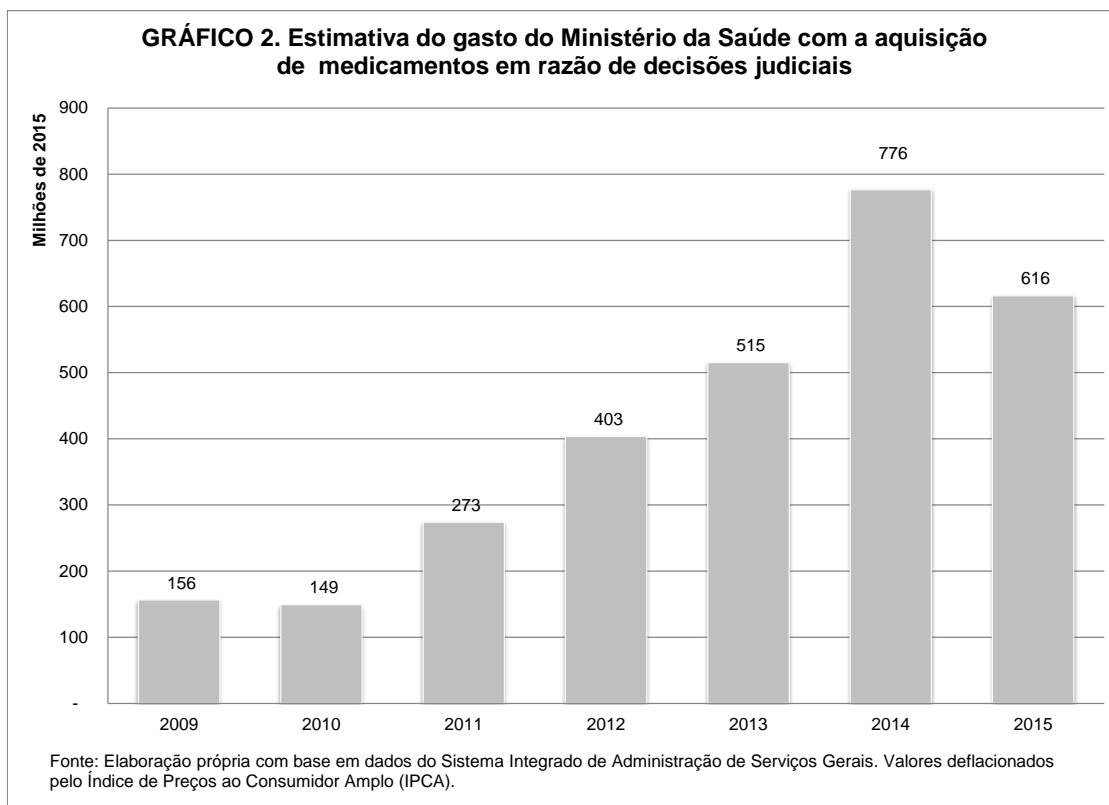
Contudo, os valores encontrados são diferentes de dados publicados pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Por exemplo, em 2012, esta refere gasto de 287,8 milhões de reais com a compra de medicamentos e insumos (AGU, 2013), enquanto o valor encontrado neste estudo é de 323,4 milhões (valores correntes), no mesmo ano, apenas com medicamentos. Outra divergência diz respeito ao montante gasto com ações judiciais em 2015. O Ministério da Saúde informa que o valor foi superior a 1 bilhão de reais (Ministério da Saúde, 2015), mas o valor encontrado no presente estudo foi de 715 milhões de reais. Diferenças metodológicas podem explicar as divergências e estas poderiam ser discutidas se os documentos publicados por aquele órgão explicitassem o método empregado para apurar os valores. De todo modo, é importante esclarecer que existem diferenças porque os leitores de ambos os trabalhos se depararão com esta situação. Mas, infelizmente, não é possível aprofundar esta discussão por falta de subsídios para tal.

Em relação ao gasto estimado, observa-se o aumento dos valores alocados até 2014 e uma queda em 2015, tanto nos depósitos quanto na compra de medicamentos. O ano de 2015 foi marcado por grande discussão sobre o financiamento insuficiente do SUS, não só no meio acadêmico, mas também nas instâncias colegiadas de gestão do sistema. Considerando esta situação, uma questão a ser investigada é se



dificuldades financeiras fizeram com que o Ministério da Saúde reduzisse o valor dos depósitos efetuados para pessoas jurídicas, como ressarcimento ao estado ou município pelo fato de que estes cumpriram a determinação para oferta de um produto ou serviço que esteja regularmente sob a responsabilidade da União. Esta parece ser uma possibilidade na medida em que a redução dos depósitos entre 2014 e 2015 foi maior para pessoas jurídicas (52%) que para as pessoas físicas (24%). É preciso analisar mais detidamente, em outros estudos, as razões para a redução geral ocorrida neste último ano, como pode ser claramente observada a seguir, nos gráficos 1 e 2, que apresentam a evolução do gasto com depósitos e com medicamentos, respectivamente.





#### 4.2. O MITO DE QUE OS RECURSOS PÚBLICOS NÃO SÃO ESCASSOS

Como mencionado anteriormente, muitas vezes, na discussão sobre os impactos das decisões judiciais, esquece-se de que a fonte de recursos do Estado é uma só, a sociedade, e que, obviamente, esta fonte não é inesgotável. Escolhas precisam ser feitas o tempo todo, o que faz da priorização e do estabelecimento de critérios processos fundamentais para a alocação de recursos.

Desde meados dos anos 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta os governos sobre políticas que podem ser implantadas para garantir o acesso de suas populações ao que foi chamado de medicamentos essenciais (Management Sciences for Health e World Health Organization, 1997). Os medicamentos essenciais são os que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionados conforme sua relevância para a saúde pública, as evidências existentes de sua eficácia, segurança e custo-efetividade, devendo estar disponíveis nos sistemas de saúde em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas adequadas,





com garantia de sua qualidade e a um preço que os pacientes e a comunidade possam pagar (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Nota-se, portanto, que desde 1975 a OMS se preocupa com o tema, deixando claro que uma das variáveis a ser considerada é a suficiência de recursos para financiar a oferta de medicamentos. Por isso, defende que os países adotem uma Política Nacional de Medicamentos para, entre outros objetivos:

- I. Assegurar o acesso a medicamentos para toda a população;
- II. Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- III. Aumentar a adesão aos serviços de saúde pelo aumento da credibilidade e aceitação do sistema de saúde;
- IV. Promover a prescrição, dispensação e uso racional dos medicamentos;
- V. Baixar o custo dos medicamentos para o governo, outros prestadores e para o público em geral; e
- VI. Reduzir os gastos sem reduzir o suprimento de medicamentos.

Relembrar estas questões é sempre importante porque na discussão sobre acesso a tecnologias em saúde, às vezes se desconsidera a escassez de recursos e que é preciso racionalizar a oferta dos produtos à população. Na lista de medicamentos da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos constam 2.263 princípios-ativos (isolados ou em associação) que se desdobram em 24.627 produtos farmacêuticos (diferentes apresentações farmacêuticas) (Brasil, 2016f). No âmbito internacional, não se concebe a oferta de tantos princípios-ativos pelos sistemas de saúde, na medida em que muitos se sobrepõem, variam em termos de eficácia, segurança e custo-efetividade, além de dificultarem a aquisição, armazenamento, logística, prescrição, dispensação, enfim, o seu uso racional (Management Sciences for Health e World Health Organization, 1997). Por isso, a OMS orienta que os países selecionem os medicamentos conforme os critérios que constam do próprio conceito de medicamentos essenciais.

Para exemplificar esta questão, tome-se, por exemplo, a oferta de insulinas para tratamento da diabetes mellitus tipo I e tipo II, conforme tabela 3, que apresenta



estimativas de gasto caso as insulinas ofertadas pelo SUS fossem substituídas por outras não incorporadas, que são requeridas por meio de ações judiciais.

**TABELA 4. Estimativas de gasto caso as insulinas ofertadas pelo SUS fossem substituídas por outras não incorporadas.**

Insulinas	Incorporação ao SUS	Gasto estimado (R\$)	Gasto adicional (R\$)	Adicional (%)
Insulina NPH e Insulina regular	Sim	1.224.682.795,68	-	-
Insulina glargina e insulina asparte	Não	5.307.566.823,36	4.082.884.027,68	333%
Insulina glargina e insulina lispro	Não	5.285.825.321,76	4.061.142.526,08	332%
Insulina glargina e insulina glulisina	Não	5.249.106.341,28	4.024.423.545,60	329%
Insulina detemir e insulina asparte	Não	4.641.246.158,96	3.416.563.363,28	279%
Insulina detemir e insulina lispro	Não	4.619.504.657,36	3.394.821.861,68	277%
Insulina detemir e insulina glulisina	Não	4.582.795.676,88	3.358.112.881,20	274%

Fonte: Elaboração própria. Ver apêndice.

Em primeiro lugar é preciso dizer que as insulinas análogas foram avaliadas recentemente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS (Conitec), que recomendou a sua não incorporação para o tratamento da diabetes mellitus tipo I e tipo II, porque não foram apresentados estudos científicos adicionais que comprovassem a sua superioridade em desfechos de eficácia, em especial o controle glicêmico, e desfechos clínicos finais como mortalidade (Brasil, 2014a; 2014b). Em outras palavras, até o momento não há estudos que demonstrem que as insulinas análogas são melhores do que as que já são ofertadas pelo SUS. Assim, uma rápida comparação entre elas é interessante para a ilustração do impacto orçamentário com as diferentes escolhas.

Veja-se na tabela 3 que o gasto poderia ser até 333% maior caso se decidisse incorporar as insulinas glargina e asparte em substituição às insulinas NPH e regular. O gasto adicional estimado de 4,1 bilhões de reais seria maior do que a soma das despesas liquidadas em 2015 pelo Ministério da Saúde para a compra de vacinas e insumos para a prevenção e controle de doenças em todo o país (2,5 bilhões de reais) e a parcela do financiamento federal para a compra de medicamentos usados na atenção básica em saúde (998,5 milhões de reais).

Outro exemplo foi dado por Ferraz e Vieira (2009) ao estimar o gasto com medicamentos novos para tratamento de hepatite viral crônica C e artrite reumatoide. Os autores concluem que se o SUS oferecesse a todos os cidadãos portadores dessas duas doenças, em 2006, os medicamentos interferon peguilado para a



hepatite viral crônica C e infliximabe, etanercepte e adalimumabe para a artrite reumatoide, sem observar os protocolos de tratamento, o gasto para atender à população estimada de 1,9 milhão pessoas (1% da população brasileira na época), seria de 99,5 bilhões de reais. Naquele ano o gasto total de todas as esferas de governo com o SUS foi de 85,7 bilhões de reais.

Em 2015, o gasto com o SUS foi de 232,7 bilhões de reais, que correspondem a 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB). Países integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como Alemanha e Canadá apresentaram participação do gasto do governo com saúde em relação ao PIB da ordem de 8,5 e 7,1%, respectivamente, em 2014. Assim, embora o valor absoluto alocado no SUS pareça bastante elevado, na comparação com o gasto de outros países é que se tem a real dimensão do quão distante ele está do gasto daqueles em que a saúde constitui um direito universal.

Há que se reconhecer que há problemas de gestão no SUS, como em toda a administração pública brasileira. Contudo, também é necessário assumir a sua limitação orçamentária, que resulta, por exemplo, na existência de vazios assistenciais, especialmente na assistência de média e alta complexidade em saúde. Isso se traduz em longas filas de espera para a realização de consultas, exames, cirurgias e inclusive na indisponibilidade de determinados serviços em certas localidades do país. Os noticiários estão fartos de denúncias sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes que, ainda que tenham que ser relativizadas em razão da tendência geral ao sensacionalismo, demonstram, em certa medida, parte das barreiras enfrentadas pelos que necessitam de atendimento.

Do ponto de vista do orçamento, está claro que se pode priorizar uma determinada área, aportando mais recursos para ela. Mas ainda assim existe limite, que é dado pela capacidade de contribuição dos cidadãos e pelas diversas necessidades de oferta de serviços pelo Estado. Os direitos têm custos e a questão não gira apenas em torno do quanto custam esses direitos, mas também sobre quem decide como os recursos públicos escassos serão alocados (Holmes e Sunstein, 2000).



Nesse sentido, Gross (2012) pondera que é necessário reconhecer que as decisões judiciais sobre prestações de saúde curativa envolvem a alocação de recursos escassos e que deferir toda e qualquer demanda sem considerá-la, significa adotar o critério do acesso ao Judiciário para pautar as decisões alocativas.

Nesta lógica, é preciso acrescentar que, ao se tomar decisões alocativas sem considerar os critérios atuais que geralmente baseiam as decisões dos governos sobre tecnologias em saúde, internacionalmente, pode-se aumentar a iniquidade em saúde e diminuir as possibilidades de obtenção de maior efetividade das políticas públicas, por exemplo, quando as políticas de prevenção à saúde são prejudicadas porque sofreram cortes de gastos em virtude da realocação de recursos para atender a demandas não programadas.

### **4.3. DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS DO ESTADO BRASILEIRO**

Diante de toda esta situação, muitos desafios se apresentam ao Estado brasileiro. No quadro 4, apresentam-se alguns deles para garantia do direito à saúde, diante da judicialização e quanto aos recursos financeiros.



**QUADRO 4. Desafios atuais e futuros do Estado brasileiro para garantia do direito à saúde, diante da judicialização e quanto aos recursos financeiros.**

Temas		Desafios
Direito à saúde	Financiamento do SUS	Ampliar o aporte de recursos para financiamento do SUS
	Formulação e implementação de políticas	Garantir a integralidade da assistência terapêutica
		Formular e implementar políticas terapêuticas baseada em critérios técnico-científicos, considerando sua sustentabilidade financeira
	Gestão	Criar mecanismos para assegurar o acesso a tecnologias em saúde para os que não estejam assistidos pelas políticas, considerando os critérios técnicos e os custos da tecnologia pleiteada
		Ampliar a oferta e organizar os serviços de saúde em efetiva rede regionalizada e hierarquizada
Melhorar a coordenação e a cooperação entre os entes federados para maior eficácia, eficiência e efetividade do SUS		
Relação com a sociedade	Capacitar continuamente gestores e profissionais de saúde sobre a política de assistência farmacêutica, especialmente quanto ao acesso a medicamentos e o seu uso racional no âmbito do SUS	
Judicialização	Comunicação	Estabelecer debate na sociedade sobre o exercício da cidadania a fim de ampliar a consciência sobre direitos e deveres dos cidadãos
	Gestão da informação	Ampliar o diálogo entre o Executivo, o Judiciário e o Legislativo
	Capacitação	Disseminar o conceito de integralidade da assistência à saúde, que é um dos pilares para a formulação de políticas no âmbito do SUS
	Regulamentação	Desenvolver sistema de informação para acompanhamento em todo o SUS das decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde
Recursos financeiros	Transparência	Manter programa de capacitação para diferentes públicos sobre a organização do SUS e as políticas que são os meios para garantia do direito à saúde
	Otimização do uso dos recursos	Regulamentar questões relevantes como, por exemplo, o acesso a tecnologias pelos indivíduos que estejam eventualmente desassistidos pelas políticas
	Comunicação	Divulgar de forma acessível à população as receitas arrecadadas e os gastos efetuados
	Prestação de contas	Adotar ferramentas e implementar programas que visem à otimização do uso dos recursos
		Estabelecer meios para ampliar a comunicação com a sociedade e sua participação na definição de prioridades
		Prestar contas dos recursos arrecadados e das despesas efetuadas de forma transparente

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à garantia do direito à saúde, não é possível deixar de mencionar os problemas de financiamento do SUS e da necessidade de sua ampliação, mesmo em um momento de crise econômica. O SUS é reconhecidamente subfinanciado e a falta de recursos dificulta a garantia de acesso universal, equitativa e integral. Outra questão é o termo integral, que foi introduzido na Constituição de 1988, mas sem uma conceituação clara no meio externo ao SUS. Essa integralidade diz respeito à garantia de atendimento nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, não diz respeito ao acesso a toda e qualquer tecnologia que exista no mercado porque esta não é uma estratégia racional, econômica e terapeuticamente falando. Daí a importância dos



critérios técnico-científicos para a seleção e incorporação das tecnologias que serão ofertadas no sistema de saúde.

Outra questão é que mesmo selecionando bem, muitas vezes não se cobre as necessidades de toda a população, porque se leva em consideração o seu perfil epidemiológico, definindo-se tratamentos para as doenças mais prevalentes, e porque questões inerentes ao paciente podem inviabilizar o uso das tecnologias estabelecidas nas políticas públicas. Surge aí a necessidade de se estabelecer mecanismos para assegurar o acesso para os que estejam desassistidos, sendo fundamental definir critérios técnicos, observar os parâmetros de eficácia, segurança e efetividade aplicáveis às tecnologias incorporadas, além de estabelecer limites para os custos. Esse tema precisa ser regulamentado e, para isso, faz-se necessário a interação entre os diversos atores interessados neste processo.

Urge o estabelecimento de diálogo mais próximo entre as instituições do Estado e a sociedade. O efetivo exercício da cidadania depende da consciência dos cidadãos não apenas sobre seus direitos, mas também sobre seus deveres. Esta consciência é essencial ao debate da alocação dos recursos e para o acompanhamento da ação governamental, em um contexto em que a gestão precisa ser melhorada quanto à coordenação e cooperação entre os entes federados para maior eficácia, eficiência e efetividade do SUS; à oferta e organização dos serviços de saúde em efetiva rede regionalizada e hierarquizada; e quanto à capacidade de gestores e profissionais de saúde operarem sob a lógica de uma política de assistência farmacêutica que prioriza ações para garantir o acesso aos medicamentos e seu uso racional.

Em relação ao enfrentamento da judicialização, parece haver consenso em torno da necessidade de ampliação do diálogo entre o Executivo, o Judiciário e o Legislativo; da disseminação do conceito de integralidade da assistência à saúde; do desenvolvimento de sistema de informação para acompanhamento em todo o SUS das decisões judiciais; e da manutenção de programa de capacitação para diferentes públicos sobre a organização do SUS e sobre as políticas que são os meios para garantia do direito à saúde.



No tocante aos recursos financeiros e, muitas vezes, mito de que são inesgotáveis, a transparência em sua aplicação, a otimização do seu uso, a comunicação com a sociedade e a prestação de contas regular constituem grandes desafios, mas sua efetivação contribuirá para que a sociedade faça mais parte do processo e se sinta corresponsável pelas decisões alocativas e empoderada para exigir resultados previamente pactuados.

## 5. CONCLUSÕES

O gasto do governo federal com ações judiciais aumentou nos últimos 7 anos e a seleção das tecnologias em saúde tem um papel relevante neste contexto. Os recursos são escassos e a depender das escolhas feitas, seja pelo Executivo nas políticas ou com participação do Judiciário nos processos, a coletividade pode ser prejudicada com menor oferta de bens e serviços.

Por isso, muitos desafios se apresentam ao Estado. A garantia do direito à saúde, conforme estabelece a Constituição Federal, deve ser garantida por meio de políticas públicas econômicas e sociais. Efetivá-las constitui grande desafio, que depende da articulação e cooperação entre as instituições do Estado e de sua relação com a sociedade.

Por fim, vale citar o professor francês Philippe Meyer (2002, p. 26-27), que ao discutir as novas responsabilidades que surgem com a socialização das medicinas ocidentais, afirmou o que segue: “o esforço de ajuda mútua não pode servir para financiar as fantasias de um médico que receita, mas também não pode favorecer as de um doente que pretende aliviar quimeras e fantasmas com o dinheiro do vizinho”.



## APÊNDICES

### APÊNDICE

Estimativa do gasto com insulinas incorporadas e não incorporadas ao Sistema Único de Saúde para tratamento da diabetes tipo 1 e tipo 2.

PRESSUPOSTOS		FONTES	DIABETES TIPO 1	DIABETES TIPO 2
População brasileira estimada com diabetes	A população com diabetes para 2016 foi estimada a partir das prevalências encontradas na PNS para a população adulta, por faixa etária, acima de 18 anos de idade, e pela projeção da população brasileira. A diabetes tipo 1 varia de 5 a 10% dos casos. Utilizou-se, então, a média de 7,5% sobre a população que relatou diagnóstico médico de diabetes na PNS para calcular os pacientes com diabetes tipo I, por faixa etária. O cálculo de todos os pacientes com uso de insulina por faixa etária foi feito aplicando sobre o total estimado de pacientes com diabetes, a proporção encontrada na PNS. Como na PNS não foi possível calcular a proporção de uso de insulina para pacientes entre 18 e 29 anos, assumiu-se que 7,5% dos pacientes diabéticos desta faixa são do tipo 1 e obrigatoriamente utilizam insulina.	Projeção da população: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prevalência de diabetes e uso de insulina: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Casos de diabetes tipo 1: Sociedade Brasileira de Diabetes.	671.034	1.921.664
Dose média diária da insulina basal para pessoa com 70 Kg	No diabetes tipo I, utilizam-se 0,5 a 1 UI/Kg/dia. Para indivíduo com 70 Kg, a média é de 52,5 UI/dia. Considerando que 50% da dose é de insulina basal, então, tem-se que a dose diária tanto da basal quanto da rápida no diabetes tipo I é de 26,25 UI. No diabetes tipo II, a dose diária média é de 0,2 UI/Kg/dia, que equivalem a 14 UI dia para uma pessoa com 70 Kg.	Relatórios de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 103 e 114 de 2014	26,25 UI	14 UI
Dose média diária da insulina rápida para pessoa com 70 Kg	No diabetes tipo I, utilizam-se 0,5 a 1 UI/Kg/dia. Para indivíduo com 70 Kg, a média é de 52,5 UI/dia. Considerando que 50% da dose é de insulina rápida, então, tem-se que a dose diária tanto da basal quanto da rápida no diabetes tipo I é de 26,25 UI. No diabetes tipo II a insulina rápida não está indicada.	Relatórios de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 103 e 114 de 2014	26,25 UI	-





<b>GASTO ANUAL ESTIMADO COM TRATAMENTO OFERECIDO PELO SUS - R\$</b>				
Insulina NPH	Descrição: INSULINA, HUMANA, NPH, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 31,27. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 31,27 = R\$ 375,24/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. O tubete de 3 mL é mais caro que o frasco de 100 mL e contém apenas 300 UI. Não seria suficiente ao tratamento. Dessa forma, também seria preciso ofertar um frasco de 10 mL por paciente/mês.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	251.798.798,16	721.085.199,36
Insulina Regular	Descrição: INSULINA, HUMANA, REGULAR, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 31,27. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 31,27 = R\$ 375,24/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	251.798.798,16	-
<b>Total</b>			<b>503.597.596,32</b>	<b>721.085.199,36</b>
			<b>1.224.682.795,68</b>	
<b>GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS GLARGINA E ASPARTE (CENÁRIO A) - R\$</b>				
Glargina	Descrição: INSULINA, GLARGINA, 100UI/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100UI/mL. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 241,61 = R\$ 2.899,32/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. Há no mercado frasco de 5 mL com 100 UI/mL = 500 UI = R\$ 120,81. Tem-se que: 1 frasco de 5 mL x 12 x 120,81 = 1.449,72/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.945.542.296,88	2.785.874.734,08
Asparte	Descrição: INSULINA, ASPART, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 71,55. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 71,55 = R\$ 858,6/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	576.149.792,40	-
<b>Total</b>			<b>2.521.692.089,28</b>	<b>2.785.874.734,08</b>
			<b>5.307.566.823,36</b>	



<b>GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS GLARGINA E LISPRO (CENÁRIO B) - R\$</b>				
Glargina	Descrição: INSULINA, GLARGINA, 100UI/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100UI/mL. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 241,61 = R\$ 2.899,32/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. Há no mercado frasco de 5 mL com 100 UI/mL = 500 UI = R\$ 120,81. Tem-se que: 1 frasco de 5 mL x 12 x 120,81 = 1.449,72/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.945.542.296,88	2.785.874.734,08
Lispro	Descrição: INSULINA, LISPRO, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 68,85. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 68,85 = R\$ 826,20/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	554.408.290,80	-
<b>Total</b>			2.499.950.587,68	2.785.874.734,08
			<b>5.285.825.321,76</b>	
<b>GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS GLARGINA E GLULISINA (CENÁRIO C) - R\$</b>				
Glargina	Descrição: INSULINA, GLARGINA, 100UI/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100UI/mL. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 241,61 = R\$ 2.899,32/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. Há no mercado frasco de 5 mL com 100 UI/mL = 500 UI = R\$ 120,81. Tem-se que: 1 frasco de 5 mL x 12 x 120,81 = 1.449,72/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.945.542.296,88	2.785.874.734,08
Glulisina	Descrição: INSULINA, GLULISINA, 100 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 64,29. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 64,29 = R\$ 771,48/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	517.689.310,32	-
<b>Total</b>			2.463.231.607,20	2.785.874.734,08
			<b>5.249.106.341,28</b>	



GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS DETEMIR E ASPARTE (CENÁRIO D) - R\$				
Detemir	Descrição: INSULINA, DETEMIR, 100U/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, COM SISTEMA DE APLICAÇÃO. 100 U/ML SOL INJ CT 5 CARP VD INC X 3 ML (PENFILL). Supõe-se que o paciente já tenha o dispositivo para aplicação. Preço: R\$ 271,43. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O cartucho contém 300 UI x 5 = 1500 UI na embalagem. Considerando perdas, tem-se que a embalagem seria suficiente para 45 dias: 1 embalagem x 8 meses x 271,43 = R\$ 2.171,44/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. O cartucho contém 300 UI, então são necessários 2 cartuchos por mês, 1 embalagem é suficiente para aproximadamente 75 dias: 1 embalagem x 5 meses x 271,43 = 1.357,15.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.457.110.068,96	2.607.986.297,60
Asparto	Descrição: INSULINA, ASPART, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 71,55. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 71,55 = R\$ 858,6/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	576.149.792,40	-
<b>Total</b>			2.033.259.861,36	2.607.986.297,60
			<b>4.641.246.158,96</b>	
GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS DETEMIR E LISPRO (CENÁRIO E) - R\$				
Detemir	Descrição: INSULINA, DETEMIR, 100U/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, COM SISTEMA DE APLICAÇÃO. 100 U/ML SOL INJ CT 5 CARP VD INC X 3 ML (PENFILL). Supõe-se que o paciente já tenha o dispositivo para aplicação. Preço: R\$ 271,43. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O cartucho contém 300 UI x 5 = 1500 UI na embalagem. Considerando perdas, tem-se que a embalagem seria suficiente para 45 dias: 1 embalagem x 8 meses x 271,43 = R\$ 2.171,44/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. O cartucho contém 300 UI, então são necessários 2 cartuchos por mês, 1 embalagem é suficiente para aproximadamente 75 dias: 1 embalagem x 5 meses x 271,43 = 1.357,15.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.457.110.068,96	2.607.986.297,60
Lispro	Descrição: INSULINA, LISPRO, 100U/ML, INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 68,85. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 68,85 = R\$ 826,20/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	554.408.290,80	-



<b>Total</b>		2.011.518.359,76	2.607.986.297,60	
		<b>4.619.504.657,36</b>		
<b>GASTO ANUAL ESTIMADO COM AS INSULINAS DETEMIR E GLULISINA (CENÁRIO F) - R\$</b>				
Detemir	Descrição: INSULINA, DETEMIR, 100U/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, COM SISTEMA DE APLICAÇÃO. 100 U/ML SOL INJ CT 5 CARP VD INC X 3 ML (PENFILL). Supõe-se que o paciente já tenha o dispositivo para aplicação. Preço: R\$ 271,43. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O cartucho contém 300 UI x 5 = 1500 UI na embalagem. Considerando perdas, tem-se que a embalagem seria suficiente para 45 dias: 1 embalagem x 8 meses x 271,43 = R\$ 2.171,44/paciente/ano. Cálculo diabetes tipo II: dose de 14UI/dia x 30 = 420UI/mês. O cartucho contém 300 UI, então são necessários 2 cartuchos por mês, 1 embalagem é suficiente para aproximadamente 75 dias: 1 embalagem x 5 meses x 271,43 = 1.357,15.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	1.457.110.068,96	2.607.986.297,60
Glulisina	Descrição: INSULINA, GLULISINA, 100 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL. Frasco de 10 mL com 100 UI/mL. Preço: R\$ 64,29. Cálculo diabetes tipo I: dose de 26,25 UI/dia x 30 = 787,5 UI/mês. O frasco contém 1000 UI. Considerando perdas e que não deve ficar aberto mais que 30 dias, tem-se: 1 frasco x 12 x 64,29 = R\$ 771,48/paciente/ano.	Para descrição do produto, Catálogo de Materiais, e para os preços, menor preço fábrica com ICMS 0%, da Lista da CMED atualizada em 14/04/2016.	517.689.310,32	-
<b>Total</b>		1.974.799.379,28	2.607.986.297,60	
		<b>4.582.785.676,88</b>		

Fonte: Elaboração própria com base nas fontes mencionadas no quadro.



## REFERÊNCIAS

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO – AGU. Consultoria Jurídica – Ministério da Saúde. **Intervenção judicial na saúde pública. Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais.** Brasília, 2013. Disponível em:<<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

ASENSI, Felipe Dutra; Pinheiro, Roseni. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BITTENCOURT, Guarci Bragança. **O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., v. 5, n. 1, 102-121, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016. **Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.** Diário Oficial da União, nº 71, p. 1, 2016a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Siga Brasil.** Brasília, 2016b. Disponível em:<<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG).DW – ComprasNet.** Brasília, 2016c. Disponível em:< [http://comprasnet.gov.br/gerencial/menu\\_siasg.asp](http://comprasnet.gov.br/gerencial/menu_siasg.asp)>. Acesso em abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060.** Rio de Janeiro, 2016d. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)>. Acesso em abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde PNS - **Divulgação dos Dados. Doenças crônicas - Diabetes - Módulo Q.** Brasília, 2016e. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=32530>>. Acesso em



abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. **Listas de preços de medicamentos** (atualizada 14/04/2016). Brasília, 2016f. Disponível em:< <http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Insulinas análogas de longa duração para diabetes mellitus tipo II. Relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec – 103**. Brasília, 2014a. Disponível em:< <http://conitec.gov.br/images/Insulinastipo2-103-FINAL.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Insulinas análogas para diabetes mellitus tipo I. Relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec – 114**. Brasília, 2014b. Disponível em:< <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2014/Insulinas-tipol-FINAL.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante**. Dados, vol. 52, n.1, 223-251, 2009.

GROSS, Alexandre Felix. **Atuação do STF na efetivação do direito à Saúde no Brasil. Perspectivas da judicialização entre escassez e políticas públicas**. Revista do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, v. 24, n. 3, 53-69, 2012.

HOLMES, Stephen; SUSTEIN, Cass R. **The cost of rights. Why liberty depends on taxes**. New York: Norton, 2000.

LUZ, Érica Rodrigues; DE GÓIS, Vander Lima Silva. **Discurso ilusório e genocida da reserva do possível e a real-concreta garantia do direito à saúde**. Natal, 2009. Disponível em:<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Artigos>>. Acesso em: abr. 2016.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH; WORLD HEALTH ORGANIZATION.



**Managing drug supply.** Connecticut, 1997.

MEYER, Philippe. **A irresponsabilidade médica.** São Paulo: Editora Unesp, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Grupo de Trabalho de Judicialização em Saúde.** Relatório. Brasília: 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS – 4. Selección de medicamentos esenciales.** Ginebra: OMS; 2002. Disponível em:<<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.

PANERAI, Ronney B.; PEÑA-MOHR, Jorge P. **Health Technology Assessment Methodologies for developing countries.** Washington: PAHO, 1989.

SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. **Judicialização em saúde no estado de São Paulo. Conass – Para entender a gestão do SUS.** Brasília, 2015. Disponível em:<[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_29.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf)>. Acesso em: abr. 2016.

TRAVASSOS, Denise Vieira et al. **Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros.** Ciênc. saúde coletiva, v. 18, n. 11, 3419-3429, 2013.

---

#### AUTORIA

**Fabiola Sulpino Vieira** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
Endereço eletrônico: [fabioasulpino@uol.com.br](mailto:fabioasulpino@uol.com.br)  
Telefone: (61) 2026-5975

