

DEMANDAS JUDICIAIS NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO.

LITIGATION IN THE HEALTH SYSTEM IN BRAZIL FROM THE PERSPECTIVE OF ADMINISTRATION.

LITIGIO EN EL SISTEMA DE SALUD EM BRASIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ADMINISTRACIÓN.

Claudia Aparecida Avelar Ferreira¹, Ricardo Viana Carvalho De Paiva², Mário Teixeira Reis Neto³

RESUMO

A legislação brasileira garante o acesso ao medicamento por meio da assistência farmacêutica, porém há falhas na efetivação a esse acesso aos cidadãos. Essas falhas constroem um arcabouço avassalador, com as ações judiciais de medicamentos no âmbito do sistema de saúde. O objetivo do estudo foi analisar o sistema de judicialização no sistema saúde no Brasil, utilizando como estratégia metodológica a revisão de literatura a partir de um estudo exploratório e avaliar sob a perspectiva da administração. As demandas judiciais inverte a lógica dos princípios do sistema de saúde quanto à universalidade, integridade e equidade, pois favorece os cidadãos que têm maior poder aquisitivo sob o argumento

do direito inviolável à saúde a despeito das questões políticas e orçamentárias. Portanto, a partir do conhecimento do jogo, é possível formular estratégias planejadas e emergentes para a melhoria do acesso à saúde e redução da demanda judicial de forma que a coletividade ganhe e os individualistas percam.

Palavras-chave: teoria dos jogos, demandas judiciais, sistema de saúde.

ABSTRACT

Brazilian legislation guarantees access to medicine through pharmaceutical assistance, but there are flaws in execution to this access to citizens. These building an overwhelming framework, with the lawsuits of medicines under the health system. The objective of this study was to analyze the of health system in Brazil judicialization using as methodological strategy the literature review from an exploratory study and evaluate from the perspective of administration. The

¹ Mestre em Administração(UNA). Especialista em Saúde Pública e Administração de Serviços de Saúde(UNAERP), Assistência farmacêutica no SUS(UFSC) e MBA em gestão de organizações hospitalares e serviços de saúde(FGV).

² Doutor em Administração(UFMG) e Diretor Educação continuada e pesquisa Anima Educação,Brasil.

³ Doutor em Administração(UFMG) e Professor Assistente FUMEC.

litigation reverses the logic of the principles of the health system regarding universality, integrity and fairness, therefore favour the citizens that have greater purchasing power on the grounds of the inviolable right to health despite the concern. Therefore, from the knowledge of the game is possible to formulate strategies emerging and planned improvement of access to healthcare and reducing the lawsuit so that the collectivity win and lose individualists.

Descriptors: game theory, litigation, unified health system.

RESUMEN

La legislación brasileña garantiza el acceso a la medicina a través de asistencia farmacéutica, sin embargo existen defectos en la ejecución de este acceso a los ciudadanos. Estos fracasos construyen un marco abrumadora, con las demandas de medicamentos bajo el sistema de salud. El objetivo de este estudio fue analizar el sistema del sistema de salud en la judicialización de Brasil, utilizando como estrategia metodológica la literatura revisión de un estudio exploratorio y evaluar desde la perspectiva de la teoría de juegos. El litigio invierte la lógica de los principios del sistema de salud con

respecto a la universalidad, integridad y equidad, porque favorece a los ciudadanos que tienen mayor poder adquisitivo en los terrenos el inviolable derecho a la salud a pesar de las cuestiones presupuestarias y políticas. Por lo tanto, desde el conocimiento del juego, es posible formular estrategias emergentes y planea mejorar el acceso a la salud y reducción de la demanda para que la colectividad ganen y pierdan a individualistas.

Palabras clave: teoría de juegos, litigios, sistema de salud.

INTRODUÇÃO

Os gastos do Ministério da Saúde (MS) com a compra de medicamentos por determinação judicial têm aumentado de forma geométrica. Foram gastos R\$ 2,4 milhões, em 2005, R\$ 7,6 milhões, em 2006, R\$ 17,3 milhões, em 2007, R\$ 52 milhões, em 2008 e R\$ 68 milhões, em 2009⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ a despesa *per capita* em saúde em uma amostra de 30 países demonstra que o gasto do Brasil equivale a 15% da média da amostra e 80% da média dos países da América Latina. O gasto *per capita* foi de R\$ 672,24 no Brasil, em 2008.

A judicialização da saúde não é uma demanda exclusiva dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os clientes das seguradoras e de planos de saúde também engordam os 240.980 mil processos que tramitam no judiciário, segundo levantamento feito pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2011(CNJ)⁽³⁾.

O Direito constitucional do cidadão à saúde, em conformidade com o artigo 196 da Constituição de 1988 garante que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, acesso igualitário e universal, com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁽⁴⁾.

A Demanda de processos judiciais reivindicando medicamentos, procedimentos médicos e vagas em hospitais vêm crescendo, assustadoramente, desvirtuando o sistema judiciário e tornando-o “um fura fila” para propiciar o atendimento universal. Somente o governo federal gasta cerca de R\$ 250 milhões por ano com processos⁽³⁾.

O levantamento do CNJ demonstrou que os tribunais regionais federais somam 19,5 mil ações. Em São Paulo, as despesas com processos chegaram aproximadamente a R\$57

milhões por mês, em 2010, para atender cerca de 30 mil ações em andamento⁽³⁾. Minas Gerais gastou, em 2005, R\$ 8,5 milhões; em 2007, R\$ 22,8 milhões e em 2008, R\$ 42,5 milhões, em atendimento aos processos judiciais na área da saúde⁽⁵⁾.

A promulgação da lei 12.401, de 28 de abril de 2011 art.19-T, propiciou a inovação quanto a restrição em possibilitar a judicialização de um medicamento na lista do SUS, não existindo o período de 180 dias. Uma decisão do MS e outra cláusula impedem o governo de negar a incorporação sob o argumento econômico, acabando, segundo Gadelha, penalizando o cidadão. “Hoje definimos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de como a pessoa deve ser tratada no SUS, não podemos incorporar sem conhecer o medicamento.”^(3,6)

Dentre as atribuições do SUS está a execução de ações de assistência terapêutica integral. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) determina as responsabilidades de cada esfera do governo no campo da assistência farmacêutica e o processo de judicialização da saúde não leva em consideração essa normatização. A esfera municipal é frequentemente obrigada a fornecer medicamentos do

Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, ficando a responsabilidade para a gestão estadual, e esta, por sua vez, é compelida a fornecer medicamentos da atenção básica. Os medicamentos são classificados, de acordo com o nível de complexidade, como componente básico, especializado e estratégico⁽⁷⁻⁸⁾.

O objetivo do estudo foi analisar o sistema de judicialização da saúde no Sistema Único de Saúde, utilizando como estratégia metodológica a revisão de literatura a partir de um estudo exploratório por meios das bases de dados Scielo, BVS, ANPAD, na área jurídica, da saúde e econômica e reportagem sobre a judicialização da saúde, demandas judiciais a partir de 2000.

REVISÃO DE LITERATURA

1 SETOR SAÚDE NO BRASIL

A saúde é considerada como o maior bem da humanidade, tanto que provoca a intervenção do governo quando o mercado não consegue atender adequadamente cada um dos seus integrantes. Há uma inter-relação constante entre o estado de saúde da população e o crescimento do produto interno bruto do país (PIB), pois o

primeiro altera diretamente a capacidade produtiva dos indivíduos⁽⁹⁾.

O perfil do setor saúde é apresentado por Marinho *et al.*⁽¹⁰⁾ desde o início da assistência médico-hospitalar, no século XVIII, com a fundação das Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições, ligadas à Igreja Católica, tinham por finalidade prestar assistência caritativa e filantrópica a indivíduos que contrariam a ordenação da sociedade, servindo como instituição saneadora, muito além da função terapêutica que se conhece modernamente^(10,11). A partir dos anos 50, as instituições hospitalares privadas iniciam sua representatividade no setor e, do Golpe de 64 em diante, o modelo de atenção hospitalar torna-se hegemônico, centralizado na prestação de serviços nas grandes cidades do Sul-Sudeste, desdenhando-se qualquer papel à atenção à saúde e às estratégias preventivas e promotoras da saúde. Esse arcabouço de atenção entra em irreversível crise a partir dos anos 70. Em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que respondia pela assistência médica dos contribuintes por meio da rede própria e de serviços contratados e conveniados preferencialmente⁽¹²⁾. Foi a partir da criação do Sistema Único de Saúde,

mais de uma década depois, que o país teve um modelo de atenção à saúde que tornou possível estimular todos os níveis de atenção à saúde, geridos pela esfera municipal. Trata-se de um sistema completo, pois oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde; e único, pois tem como única regra para atendimento ser cidadão brasileiro.

Os princípios e diretrizes aplicáveis ao SUS estão previstos no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei N.º 8.080/1990 e Lei n.º 8142/1990. Esses princípios podem ser agrupados em dois segmentos. Um que incorpora os princípios decorrentes de valores sociais como o *acesso universal e igualitário* (CF art. 196), a *participação comunitária* (art. 198, III) e o *atendimento integral* (art.198, II). O outro grupo engloba os que dizem respeito à organização do sistema de saúde: *regionalização e hierarquização dos serviços* e *descentralização* associada à direção única em cada esfera de governo (CF, art. 197, I, II e III) ⁽¹³⁾.

Entre as competências da União está a de definir e coordenar os sistemas de “*redes integradas de assistência de alta complexidade*”. À direção estadual do SUS compete identificar unidades

hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade de abrangência estadual e regional, além de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde. À direção municipal do SUS compete, entre outras ações, participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual⁽¹⁴⁾.

A despeito dos princípios e diretrizes do SUS temos, na prática, grandes dificuldades para alcançar a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS encontra-se em desenvolvimento, possuindo muitas lacunas que precisam ser preenchidas⁽⁹⁾. O processo do SUS transferiu da União para estados e municípios e dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de descentralização. Dessa forma, implantou-se um modelo que não concentrava a gerência, pelo governo federal, das atividades no nível hospitalar. Os hospitais foram repassados aos governos municipais sem que houvesse, em muitas vezes, o proporcional repasse de recursos e o devido preparo para assumir essa responsabilidade.

Para Mendes⁽¹⁵⁾, a proposta do SUS encontra-se como “a melhor

doutrina da construção da cidadania, [...] sendo que esse exercício de cidadania tem sido realizado por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, em que a sociedade vive a relação Estado/População e constrói seu conceito de direito à saúde [...]. Nesse sentido, é fundamental que se elabore e implemente, agressivamente, uma política de comunicação social do SUS que visará comunicar, a diferentes públicos, com absoluta transparência e sem triunfalismos, as dificuldades, os erros e os êxitos do Sistema Único de Saúde, bem como informar os cidadãos sobre seus direitos e deveres no campo da saúde”.

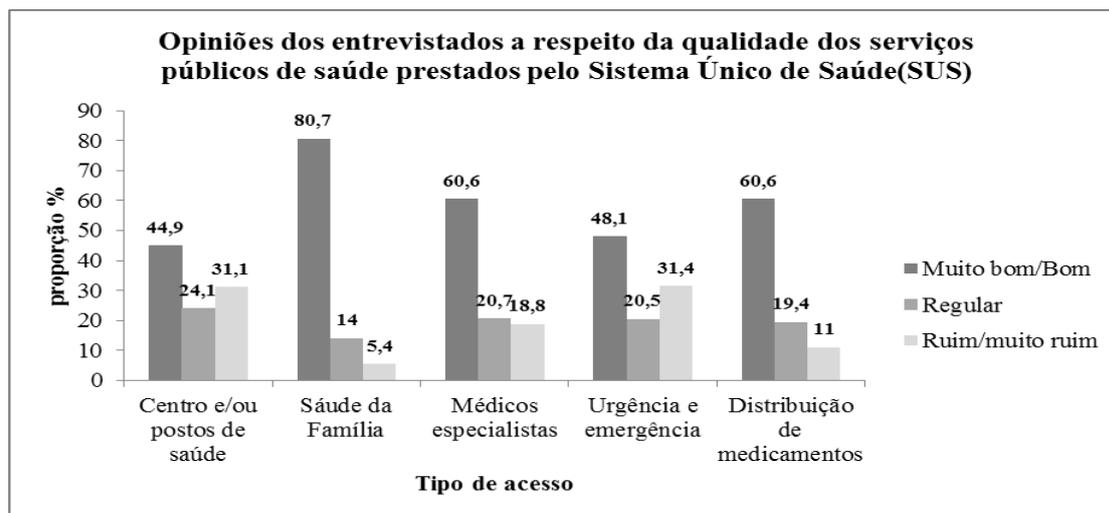
O SUS foi avaliado pela população por meio do sistema de indicadores de percepção social (SIPS) pelo Instituto de pesquisa econômica aplicada⁽¹⁶⁾ acerca dos serviços prestados, tais como: “atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos; avaliação geral sobre o SUS; avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde” (Figura 1). Na opinião da

população, a qualidade dos serviços públicos de saúde do SUS é muito boa nas áreas saúde da família, médicos especialistas e distribuição de medicamentos, excetuando-se urgência e emergência, centros e postos de saúde. Diante dos dados, a judicialização não pode negligenciar e causar um impacto negativo no planejamento, no financeiro e na organização do SUS, proporcionando efeitos deletérios no comportamento da sociedade e, *a priori*, na indústria farmacêutica.

Ressalta-se que o SUS é visto como positivo conforme a percepção dos entrevistados, em relação ao acesso gratuito aos serviços de saúde prestados pelo Sistema (52,7%), seguido, nesta ordem, pelo atendimento universal (48,0%) e pela distribuição gratuita de medicamentos (32,8%).

No quesito de medicamentos, em relação à distribuição gratuita foram sugeridas melhorias com maior frequência de citações pelos entrevistados: aumentar a lista (tipos) de medicamentos disponíveis para distribuição gratuita, diminuir o problema da falta de medicamentos e diminuir a demora em atendimento no dia de sua retirada⁽¹⁶⁾.

GRÁFICO 1 – Proporção (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo utilização* e tipo de serviço pesquisado (16).



Fonte: IPEA. Sistema de Indicadores de percepção Social (SIPS), Brasil em 2010. Nota: *Para análise dos resultados, o termo utilização refere-se aos entrevistados que disseram ter utilizado ou acompanhado alguém de sua família que tenha utilizado esses serviços do SUS.

Foi realizado uma análise estatística com os dados disponibilizados no banco de dados do IPEA, 2010. Utilizou-se o software SPSS 21, índice de significância 5% e realizado o teste Z para proporções. Os dados sobre a percepção sobre o atendimento muito bom/bom foi diferente para cada tipo de atendimento. A satisfação foi maior para Saúde da Família seguido da distribuição de medicamentos e por fim dos médicos especialistas. A insatisfação pode ser percebida pelos Centros e /ou postos de saúde e Urgência e Emergência.

Diversos são os desafios para implementação do SUS em sua plenitude, dentre eles o financiamento é uma questão preocupante e constante para os gestores e de todos os envolvidos diretamente em alavancar o desenvolvimento do sistema de saúde, tornando-se tema cotidiano em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade mediante um cenário com poucas reservas orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime num país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado em um grande desafio para os gestores⁽¹⁸⁾.

1.1 Financiamento da Saúde no Brasil

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, é o principal

financiador do SUS, responsabilizando-se por cerca de 50% do gasto público total em saúde. Os recursos públicos representam pouco mais de 45% do gasto nacional total com saúde, que inclui o gasto direto das famílias, com quase a metade do gasto privado ⁽¹⁸⁾. Segundo Relatório do Banco Mundial⁽¹⁸⁾, os fluxos financeiros são de difícil acompanhamento e monitoramento em função da estrutura federativa do Brasil e do caráter descentralizado do SUS e, portanto, tornam a responsabilização difusa e complicada. Apesar dos sucessivos aprimoramentos, os sistemas de informação existentes não permitem conhecer com precisão a alocação de recursos no âmbito do SUS, nem como os gastos são realizados e os serviços prestados no que se refere ao nível das unidades de saúde.

Conforme dados do Tesouro nacional, por meio do Sistema Integrado de Administração financeira do Governo Federal (SIAFI), foram levantados somente os gastos com saúde, bem como, a receita corrente líquida (Tabela 1) ⁽¹⁹⁾.

Os indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos demonstram o panorama do sistema complexo do

Brasil quanto aos gastos, PIB e despesas que vêm aumentando paulatinamente como descrito (Tabela 1). O produto interno bruto (PIB) per capita por paridade do poder de compra em US\$ em 2000 foi de 7.366,20 e 2008 de 10.465,80; o gasto com saúde per capita por paridade do poder de compra em US\$ em 2000 foi de 572 e em 2008 de 771,56; a proporção do PIB gasta com saúde em 2000 foi 7,2% e 8,4% em 2007; proporção dos gastos em saúde no setor privado foi de 59,97 em 2000 e 57,14% em 2007; proporção dos gastos privados com planos de saúde foi de 33,9% e 29,8% em 2008. As despesas públicas federais em créditos liquidados em R\$ foi de 26.027.957.018 em 2002 e 44.303.497.000 em 2007. Foram gastos 12% em 2000 e 14,3% em 2010 com atenção primária, 49,1% em 2000 e 52% em 2010 com atenção ambulatorial e hospitalar e 1,6% em 2000 e 9,7% em 2010 com apoio profilático e terapêutico ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

TABELA 1 – Demonstração da execução das receitas de serviços e receita corrente líquida (orçamento fiscal e da seguridade social) no período de 2007 a 2011 - Valor real em milhões.

Receitas	2007	2008	2009	2010	2011
Valor nominal	658.884.417	754.735.517	775.406.759	890.137.033	1.029.613.468
Valor atualizado	875.647.794.058,64	901.685.929.017,53	910.149.176.787,98	989.805.028.795,57	1.055.943.627.808,32
Despesas total	1.590.186,08	1.179.785,97	1.105.008,78	1.422.428,11	1.437.641,81
SH	142.291.080,31	132.277.852,13	89.229.301,75	93.723.307,22	116.611.046,98
SRH	132.274.614,94	1.122.940,98	1.072.835,69	1.424.048,94	1.193.206,59
SASSSC	-	8.642.524,99	20.072.808,41	22.646.051,75	40.917.930,32
OSS	198.486,17	199.492,72	125.932,61	185.189,17	296.423,65
% despesa/receita atualizada	0,016	0,016	0,012	0,012	0,015

Fonte: SIAFI STN/CCONT/GEINC. Legenda: SH - Serviços hospitalares. SRH - Serviços radiológicos e laboratoriais. SASSSC - Serviços Assistência Saúde suplementar servidor civil. OSS - Outros serviços de saúde.

Com a falta de transparência dos órgãos do governo, ainda não foi possível avaliar os níveis de eficiência na prestação de serviços de saúde que também não são sistematicamente documentados.

1.2 A Judicialização da Saúde

Para Costa e Borges⁽²¹⁾ a situação da judicialização da política pública de saúde, especialmente de medicamentos, é uma questão controversa, na qual estão embutidas ideias sobre o justo. O Judiciário é o sistema legal no qual os minoritários podem exercer e reivindicar seus direitos propiciando mais eficácia em se tratando da política de saúde, diante da raridade de certas doenças, que acometem número reduzido de pessoas. A ordem judicial pode desencadear prejuízos à saúde como um bem

coletivo, uma vez que as demandas que são infinitas e os recursos finitos, além de já estarem comprometidos no escopo de uma política racional. A judicialização de medicamentos está pautada de maneira menos organizada, em outras doenças com particularidades diversas. Foi impulsionada pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida(AIDS) e apresenta problematizações em outras esferas, como em relação ao tipo de tratamento que está sendo solicitado, seu custo, para quem e a quem serve como nos casos de doenças em estágios avançados e terminais.

O crescimento avassalador do número de ações judiciais coligados ao fato de que as decisões são predominantemente favoráveis aos autores, vem gerando problemas para o sistema de saúde em sua totalidade, já

que algumas decisões tendem a comprometer seriamente o orçamento para a saúde, devido ao elevado preço de alguns medicamentos pleiteados, que, em muitos casos, não se encontram nos elencos oficiais da regulamentação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. No Rio de Janeiro, segundo dados da Secretaria de Saúde e Defesa Social, entre 2001 e 2005, o número de ações aumentou cerca de 350% ⁽²²⁾.

A atuação do Poder Judiciário nesses casos acaba interferindo na política de saúde planejada pelo Poder Executivo, pois escolhas originalmente políticas e de competência dos gestores de saúde acabam sendo tomadas na esfera judicial ⁽²³⁾.

A disputa judicial se expõe de forma distinta daqueles casos que o Judiciário sempre esteve acostumado a julgar, estando em jogo bens particulares, e a decisão por adjudicar os bens em conflito a uma das partes afeta apenas aqueles indivíduos envolvidos na relação jurídica. Nas ações judiciais individuais movidas por usuários do SUS, para fornecimento de medicamentos, estão em jogo bens providos pelo Estado com recursos públicos e a decisão sobre a adjudicação do bem, como no caso o medicamento, compromete, ainda que indiretamente, toda a coletividade ⁽²²⁾.

A judicialização da política de saúde no Brasil indica que o principal bem judicializado nas cortes são os medicamentos ^(24,25). A política de assistência farmacêutica oferece vários desafios quanto à representação, à operacionalização, à modernização das listas, à ausência de instâncias recursais, à celeridade nas decisões, à articulação com outras esferas de fiscalização e ao registro. Esses desafios podem corresponder a falhas da política ou mesmo a entraves de compreensão. Isso pode gerar problemas para a operacionalização dessa política nas diferentes esferas do poder público, resultando na judicialização como um recurso para a garantia do justo em saúde. No adjacente da judicialização da saúde, há também a judicialização de outros bens, ou seja, casos em que o indivíduo procura a justiça para garantir seu acesso a serviços ou a cuidados fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽²⁶⁾.

Segundo Soares e Deprá ⁽²⁷⁾, no Brasil têm ocorrido um aumento exponencial das ações judiciais por acesso a medicamentos. De janeiro a junho de 2009, foram impetradas no Supremo Tribunal Federal (STF) 2.762 ações referentes ao tema, segundo informe da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do

Ministério da Saúde. A judicialização da saúde vem causando enormes prejuízos financeiros, além de potenciais danos à saúde dos pacientes, pela utilização inadequada de medicamentos. O Ministério da Saúde destinou, aproximadamente, R\$ 2 milhões de seu orçamento para atender às sentenças judiciais em 2005, valor que saltou para R\$ 68 milhões em apenas três anos.

2 A INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Segundo Bonfim e Pereira⁽²⁸⁾, a indústria farmacêutica é a maior patrocinadora das pesquisas nas universidades de medicina, interferindo nos resultados de pesquisa que se tornam contraditórios à realidade (vieses favoráveis). Sua influência se estende também às prescrições médicas devido à propaganda de medicamentos, porém o senso comum negava as evidências. Como ponto de corte, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC nº. 96 de 2008, regulamenta o uso da propaganda e publicidade sobre os medicamentos⁽²⁹⁾.

O setor farmacêutico tem implicações na utilização de medicamentos inovadores, incluindo os medicamentos nas fases experimentais,

no tratamento de diversas doenças, por meio do incentivo à impetração de ações judiciais como forma de acesso aos novos fármacos ou da pressão por sua entrada nos protocolos clínicos aprovados para inserção no SUS. Os medicamentos são apresentados aos doentes e seus familiares como o que há de mais moderno em termos de tecnologia e, em alguns casos, como a única forma possível de tratamento, muitas vezes essa ação é estimulada pelos próprios médicos. Os indicativos apontam para uma possível atuação dos fabricantes de medicamentos pela influência que exercem junto a associações de pacientes⁽²⁹⁾.

Dessa forma, há de um lado a indústria farmacêutica, que tem como sinal norteador a expansão do mercado no ramo comercial usando, para isso, as empresas que buscam apoio e fazem *lobby* contra restrições impostas por políticas governamentais e institucionais; e, de outro lado, as associações de pacientes, que necessitam de apoio para desenvolver seus projetos, produção de materiais informativos e financiamento para suas ações. As associações enfatizam a importância em manter relações de colaboração com empresas que desenvolvem novos medicamentos, de modo a fomentar a comunicação entre

seus pacientes e os fabricantes, uma vez que as decisões afetam diretamente o tratamento de seus associados. A indústria farmacêutica, evidentemente, desconhece conflito de interesses entre o fato de associações de pacientes serem financiadas por laboratórios e, ao mesmo tempo, apoiarem causas defendidas por essas instituições, tais como a questão das patentes e muitas outras. Os pacientes raramente questionam o relacionamento entre indústria e associação⁽²⁷⁾.

3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FRENTE À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo Andrade *et al.*⁽²⁵⁾, no Brasil, a assistência farmacêutica (AF) tem a finalidade de garantir o acesso da população aos medicamentos que satisfazem as suas necessidades de saúde, disponibilizando-os em quantidades adequadas e dosagens apropriadas e provendo o uso racional desses medicamentos a toda população. AF é responsável pela programação e aquisição de medicamentos para União, estados, municípios e distritos em conformidade com os critérios técnicos, legislativos e administrativos disciplinados segundo a Política de AF e a Política Nacional de Medicamentos⁽³⁰⁾.

Para Pepe⁽³¹⁾, a desarmonia entre os atores que querem acesso aos medicamentos não padronizados na rede pública e a falta de seleção e inclusão de determinados medicamentos pelos gestores públicos pode ser justificada, por exemplo, em razão do recente registro de alguns medicamentos pleiteados, ou por esses medicamentos não possuírem registro na ANVISA para uso no país, ou ainda, por se tratar de indicação terapêutica não aprovada no registro e/ou no protocolo terapêutico estabelecido pelo SUS.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁽³²⁾, o acesso ao medicamento na amplitude da integralidade é de fundamental importância quando aplicado à assistência farmacêutica. O grande número de produtos disponibilizados, as estratégias de divulgação dos produtos junto à classe médica, a propaganda de medicamentos, o lançamento de novos produtos como inovadores - mas que pouco ou nenhum benefício terapêutico apresentam em relação aos já existentes - colocam em questão se a promoção à saúde é o principal interesse envolvido nessa área. A integralidade do acesso deve envolver medicamentos experimentais, sem registros no Brasil, sem comprovação científica de eficácia e eficiência, ou deve ser um acesso

tecnicamente parametrizado, considerando que, ao mesmo tempo em que o medicamento é importante insumo no processo de atenção à saúde, pode constituir-se em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada?⁽³³⁾.

O acesso ao medicamento deve ser seguro e eficaz, conforme as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, que inclui a discussão que o CONASS vem realizando com o Judiciário acerca do acesso aos medicamentos e o impacto financeiro crescente sobre o orçamento. O escopo da ação estatal deve abranger medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia⁽³⁴⁾.

Os secretários vinculam exemplos de outros países sobre o acesso a medicamentos. Na província do Quebec, no Canadá, o acesso a medicamentos é garantido, em ambiente hospitalar, por meio de um regime de seguro público de hospitalização. Fora do hospital, os medicamentos são garantidos por um seguro público específico para medicamentos. Em 2004-2005, perto de 14% das despesas do governo do Quebec, em matéria de saúde e serviços sociais, foram destinadas aos medicamentos, tanto no interior do regime público de seguro-

medicamento, quanto para os medicamentos administrados nos estabelecimentos de saúde e de serviços sociais. Em Portugal, a área de medicamentos destinados ao tratamento da artrite reumatoide também demonstra a ação do Ministério da Saúde, que, em despacho, vinculou a dispensa gratuita desses medicamentos, em farmácias hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam receitados em consultas especializadas, certificadas a Direção-Geral da Saúde (DGS). Na França, o acesso ao medicamento é garantido por meio de um seguro. O medicamento é reembolsado pela Seguridade Social, em média, na proporção de 76,8% de seu custo. No Reino Unido, é o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (Nice) que aprova os medicamentos aos quais os pacientes terão acesso. A Inglaterra foi um dos primeiros países a adotar a relação custo e efetividade para decidir quanto pagar por determinado medicamento. Na Alemanha, o governo define os tratamentos e os medicamentos que são reembolsáveis. Na Nova Zelândia, existe uma sociedade estatal para compras centralizadas de medicamentos que se chama Pharmac. Sua lista contempla 2 mil medicamentos reembolsáveis, muito

menos que no Quebec, onde há cerca de 5.500⁽³²⁾.

Diante dos exemplos, não há justificativa alguma para que o sistema público de saúde arque com despesas de métodos diagnósticos ou terapêuticos, cujo uso não esteja autorizado pela ANVISA (Lei 12.401 de 28/4/11 art.19-T) e que não faça parte dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

4 TEORIA DOS JOGOS

Para Von Neuman e Morgenstern⁽³⁴⁾, o jogo pode ser compreendido como uma influência mútua entre agentes regulados por um conjunto de regras que especificam os movimentos possíveis de cada participante e por um conjunto de resultados para cada combinação possível de movimentos. Enquanto Whinston e Mas-Colell⁽³⁵⁾ definem jogo como um *design* formal de uma situação em que os indivíduos (jogadores) interagem através de um conjunto de estratégias de forma interdependente.

Segundo Liberman e Hillier⁽³⁶⁾, a teoria dos jogos é uma teoria matemática que trata de situações competitivas gerais visando à tomada de decisão. É uma estratégia delineada na economia para descrever e prever os

comportamentos decisórios e econômicos por meio de modelos matemáticos para coordenação de situações de conflito.

Segundo Crainer (p.45)⁽³⁷⁾, a teoria dos jogos é baseada na premissa de que em qualquer situação competitiva, que não seja por acaso, existem fatores que podem ser simulados em modelos matemáticos e analisados para explicar qual resultado prevalecerá. Percebe-se, então, que a compreensão adequada dessas relações amplia as possibilidades de sucesso do jogador.

A matemática é utilizada na Teoria dos Jogos para exprimir formalmente as ideias envolvidas no modelo⁽³⁸⁾. Cabe ressaltar que, para Rubinstein e Osborne (p.185)⁽³⁹⁾, a teoria não é inerentemente matemática, ainda que o uso de ferramentas matemáticas facilite a formulação dos conceitos, a verificação da consistência das ideias e a compreensão das implicações do modelo composto.

A teoria dos jogos envolve as seguintes estratégias para Souza⁽⁴⁰⁾: jogadores que podem ser pessoas, instituições, centro de decisões, países etc., envolvidos. A decisão pode ser racional pelos valores de um jogador e não ser racional pelos valores de outro; regras norteiam como jogar, como se

comportar, o que o “outro” pode fazer, o que o “outro” sabe; conjunto de ações que podem ser adotadas ao longo do tempo pelos jogadores envolvidos. Um lance ou movimento é o modo como progride o jogo de uma fase para outra, a partir da posição inicial até o último movimento; resultados são a consequência do conjunto de ações do jogo; *payoffs* ou retornos são as preferências dos jogadores e a utilidade que cada jogador obtém de cada resultado possível; estratégia é a lista de ótimas opções para cada jogador em qualquer momento do jogo.

Considerando o ponto de equilíbrio em jogos, pode-se dizer que ele ocorre quando nenhum jogador tem incentivo para trocar sua estratégia ou está no ponto em que cada jogador está fazendo o melhor que pode para si. O equilíbrio de *Nash* é quando um jogador busca o melhor efeito dentro da estratégia escolhida, e adotada pelo jogador rival⁽³⁵⁾. Na ausência de equilíbrio far-se-á necessário expandir o conjunto de ações⁽³⁸⁾.

O equilíbrio NASH, segundo Tavares (p.45)⁽⁴¹⁾, é a combinação de ótimas estratégias de cada jogador, portanto, a melhor resposta às estratégias dos outros jogadores. Quando o equilíbrio é atingido, nenhum jogador tem incentivo para afastar-se

dele, dado que os outros jogadores também não desviam. Todo equilíbrio de estratégias dominantes é um equilíbrio de NASH, mas nem “todo equilíbrio de NASH é um equilíbrio de estratégias dominantes”.

O teorema Minimax de John Von Neumann (1959)⁽⁴¹⁾ é o componente principal do trabalho matemático em economia, em sua maioria e em atividades onde os atos das decisões são racionais. Segundo o teorema Minimax, existe sempre uma solução racional para um conflito entre dois indivíduos cujos interesses são completamente opostos, ou seja, o que é ganho por um lado é perdido pelo outro. Esse é um exemplo da chamada situação de soma zero, uma vez que os ganhos dos dois jogadores somam zero.

A teoria dos jogos é o segundo paradigma da estratégia competitiva da nova organização industrial e está focada nas barreiras de entrada e nas interações estratégicas, nas quais as empresas mantêm seus rivais desequilibrados através de estratégias de investimentos, preços, sinalizações e controle de informações⁽⁴²⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia das demandas judiciais inverte a lógica dos princípios do SUS quanto à universalidade,

integridade e equidade, pois favorece os cidadãos que têm maior poder aquisitivo para contratar advogados a fim de impetrar ações para aquisição de determinado tratamento medicamentoso com uma receita médica. O argumento utilizado é o do direito inviolável à saúde a despeito das questões políticas e orçamentárias. Essa estratégia se orienta pelas diretrizes da política nacional de medicamentos que preza pela segurança e eficácia, e tem como premissa evitar o agravamento da iniquidade no acesso à saúde marcado por desigualdades socioeconômicas^(8,43,44).

De acordo com Marques et al.⁽⁴⁵⁾ é importante considerar o impacto que as decisões judiciais podem promover no âmbito da gestão em saúde e na coletividade, num contexto geral. Essas decisões demandam uma instância decisória onde as questões referentes à saúde assumam uma condição de transversalidade entre os três poderes. É necessário, ainda, que confluem para atender as demandas de saúde, e se transformem em ações que envolvem um maior vínculo com a coletividade, mais complexas, articuladas e efetivas, mediante políticas de médio e longo prazo, caracterizando-se como uma Política de Estado.

A simbologia, associada aos medicamentos e à pressão do mercado

via indústria farmacêutica, gera a inflação da demanda. Diante disso, o modelo de atenção à saúde também contribui como o modelo biomédico, ao sobrevalorizar as ações curativas frente às demais, apoiando-se fortemente na medicalização (é o olhar para os problemas da vida somente sob os parâmetros biomédicos), na medicamentação da saúde (tentar resolver os problemas ou dificuldades inerentes à vida prioritariamente com o uso de medicamentos) e na própria vida⁽⁴⁶⁾.

... as decisões judiciais vêm influenciando na função de tomada de decisões coletivas com base nas necessidades individuais dos autores. Tais ações ainda podem acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos autores(p.105)⁽⁴⁶⁾.

Segundo Machado et al.⁽⁵⁾, foram identificados no período de 2005 a 2006 em Minas Gerais, 827 processos judiciais com 1.777 pedidos de medicamentos, sendo que 785 com representação jurídica procedente de escritório de

advocacia(60,31%),defensoria pública(23,1%),ministério público(4,2%),núcleo de assistência jurídica(3,1%) e juizado especial federal(9,4%). Dos medicamentos pleiteados, 56% não eram classificados como essenciais.

As evidências sugerem que a questão da judicialização da saúde é relacional com a teoria dos jogos, envolvendo muitas negociações e discussões nas esferas do poder judiciário, legislativo, executivo, sociedade e os agentes. Sugerem, ainda, que através das decisões individuais e das reações geradas por cada um, pode-se prever o movimento dos outros jogadores, sejam eles concorrentes ou aliados, permitindo um posicionamento estratégico no jogo (Finanças) que possibilitará que os resultados e objetivos previamente determinados sejam atingidos.

A judicialização da saúde tem causado forte tensão no SUS, exigindo uma maior participação dos profissionais farmacêuticos, quer na busca de critérios técnicos para uma solução das tensões, quer na reflexão profunda sobre a quem estamos favorecendo com as pequenas decisões diárias.

A demanda de medicamentos via processos judiciais em Minas Gerais

entre 2005 a 2006, foram encontrados 4,8% não sem registro na ANVISA, 75,5% não constava na Relação Nacional de Medicamentos e 85,4% não estava na lista da Organização Mundial de Saúde. O gasto do governo federal em 2005 foi de R\$ 2,5 milhões *versus* R\$ 15 milhões de reais em 2009⁽⁵⁾.

Os problemas de gestão da Assistência Farmacêutica referentes à judicialização da saúde não se atêm à entrega de medicamentos incorporados ou não às listas oficiais públicas. As questões são muito mais amplas, pois uma vez que as aquisições não foram previstas nos planejamentos dos serviços, tem-se a necessidade de aumentar a aprovação dos pedidos e isso aprofunda as iniquidades ao acesso aos medicamentos e compromete o princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma doença. A influência da indústria farmacêutica ocasiona o risco de prescrições inadequadas com novos medicamentos cuja evidência científica ainda não foi estabelecida. O uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados (uso *off label*) pode também significar riscos à saúde⁽³¹⁾.

O poder da indústria farmacêutica, coligados com os médicos

do setor privado e advogados particulares como bons jogadores utilizando da soma zero, tem desfalcado os cofres públicos e desequilibrando a equidade proposta pelo SUS⁽⁴⁷⁾.

Diante da licitude das demandas judiciais, a SES de Minas Gerais através da resolução nº 3310 de 14/6/12⁽⁴⁸⁾, interpôs ato administrativo para os processos de dispensa de licitação destinados exclusivamente a atender determinações judiciais na compra de medicamentos no âmbito da SES após autorização prévia do Secretário de Estado de Saúde.

Apesar de todo aparato legislativo e protocolos da AF as demandas judiciais continuam a perdurar, representando um caminho mais curto para aquisição do medicamento ou tratamento, pois no estudo os jogos são dinâmicos com informação completa, mas imperfeita, pois as decisões dos diferentes jogadores (população representada pelo governo *versus* indústria farmacêutica) são tomadas em diferentes ocasiões e no mundo *business* a obtenção de bons resultados é crucial como estratégia de mercado e financeira.

Portanto, a estratégia das demandas judiciais inverte a lógica dos princípios do SUS quanto à universalidade, integridade e equidade,

pois favorece os cidadãos que têm maior poder aquisitivo sob o argumento do direito inviolável à saúde a despeito das questões políticas e orçamentárias, contrapondo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos que preza pela segurança e eficácia, evitando o agravamento, a iniquidade no acesso à saúde marcado por desigualdades socioeconômicas.

Não há conflito de interesses e financiamento.

Contribuições

- 1- Concepção, desenho, seleção dos artigos e preparo do manuscrito.
- 2- Análise e aprovação do manuscrito.
- 3- Análise Crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Temporão JG. O SUS e o direito da coletividade. Portal Saúde, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_ministro.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2012.
2. World Health Statistics(WHO).2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/en/>>. Acesso em 20 de agosto de 2009.

3. Oliveira R. Judicialização na saúde aumenta gastos de governos. Brasil Econômico. [Acesso em 14 de julho de 2012].Disponível em: <<http://www.brasileconomico.com.br/noticias/nprint/101474.html>>.
4. Brasil.Constituição(1988).Constituição da República Federativa do Brasil. de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Machado MAA, Acúrcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, Andrade EIG. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Revista Saúde Pública,2011,45(3):590-598.
6. Brasil. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Acesso em: 14 de julho de 2012].Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>.
7. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno Saúde Pública,2005,21(2):525-34.
8. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Revista Saúde Pública,2007,41(2):214-22.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde;2006.
10. Marinho A, Façanha LO. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA;2001.
11. Machado R, Loureiro Â, Luz R, Muricy K. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal,1978.
12. Junqueira LAP, Inojosa RM. Descentralização do modelo de prestação de serviços de saúde em São Paulo. Revista Administração Pública,1990,24(4):7-25.
13. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Ciência Saúde Coletiva,2007,12(4):879-892.
14. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Atenção De Alta Complexidade No SUS: Desigualdades no Acesso e no Financiamento. Volume I. Projeto Economia da Saúde. Solon Magalhães Vianna (Coordenador). André Nunes. Geraldo Góes.

- Joelmir Rodrigues da Silva. René José Moreira dos Santos. SCTIE/DES DISOC. Brasília, DF. Fevereiro, 2005.
15. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2. Ed. São Paulo: Hucitec,1999.
16. Brasil.Secretaria de Assuntos Estratégicos de Presidência da República. Instituto de pesquisa Econômica aplicada. O sistema de indicadores de percepção social, 2011.[acesso em 30 dez 2014].Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/imagens/stories/PDFs/SIPS/110207_sips_saude.pdf> .
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
18. Banco Mundial. Relatório Nº. 36601-BR. Brasil. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos.[Acesso 15 de dezembro de 2014].Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-185895645304/40441681186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>.
19. Brasil. Tesouro Nacional. Execução orçamentária e financeira. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi/execucao.asp>>.[Acesso em 15 de julho de 2012]. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.
20. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1.O Sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios, v.11, p.11-31, 9 de maio de 2011.[Acesso em 14 de julho de 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>.
21. Costa AC, Borges MS. A judicialização como acesso ao direito à saúde: considerações ao debate brasileiro. Sociedade em Debate,2010,16(1):77-89.
22. Borges DCL, Uga MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. Caderno Saúde Pública,2010,26(1):59-69.
23. Amaral G. Direito, escassez & escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
24. Ventura M, Simas L, Pepe VLE,Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis,2010,20(1):77-100.

25. Andrade ELG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2008, 18(4):46-50.
26. Diniz D, Medeiros M, Schwartz IVD. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. *Caderno Saúde Pública*, 2012, 28(3):479-489.
27. Soares JCRS, Deprá A S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis*, 2012, 22(1):311-329.
28. Bomfim DEC, Pereira JLB. Os Médicos e a Indústria Farmacêutica. *Gazeta Médica da Bahia*, 2004, 74:149-151.
29. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 96 de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. [Acesso em 14 de julho de 2012]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7504330048d1c2a2b2eebba3f2835ae8/Resolucao_96_2008_consolidada_final_site_setembro2010.pdf?MOD=AJPERES>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. [Acesso em 15 dez 2014]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
31. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência Saúde Coletiva*, 2010, 15(5): 2405-2414.
32. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009.
33. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS; 2007.
34. Von Neumann J, Morgenstern O. *Theory of games and economic behavior*. 3.ed. Princeton: Princeton University, 1953.
35. Whinston MD, Mas-Colell A, Green JR. *Microeconomic theory*. New York: Oxford University, 1995.
36. Lieberman GJ, Hillier FS. *Introdução à pesquisa operacional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

- 37.** Crainer S. Os revolucionários da administração: um guia indispensável dos pensadores e suas idéias que criaram e revolucionam a administração e o mundo dos negócios. São Paulo: Negócio Editora, c1996.
- 38.** Gomes CFS, Gomes LFAM. Modelagem de aspectos qualitativos do processo de negociação. Revista de administração Mackenzie, 2004,5(1):83-103.
- 39.** Rubinstein A, Osborne MJ. A Course in game theory. Cambridge, Mass: Mit, c1994.
- 40.** Souza FMC. Decisões racionais em situações de incerteza. Recife: Editora Universitária UFPE, 2002.
- 41.** Tavares FS. Equilíbrio em posição estratégica e dinâmica. 3. ed. 1995.
- 42.** Paiva RVC. Competitividade, estratégia e desempenho financeiro: Um estudo das instituições privadas de educação superior brasileiras. Tese[Doutorado em Administração]-Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Ciências Econômicas, Minas Gerais;2011.
- 43.** Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Caderno Saúde Pública, 2009,25(8):1839-1849.
- 44.** Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Dados, 2009,52(1):223-251.
- 45.** Marques ORA, Melo MB, Santos APS. Ações judiciais no âmbito do sistema único de saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. Revista Direito Sanitário, 2011,12(1):41-66.
- 46.** Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Revista Saúde Pública, 2007,41(1):101-107.
- 47.** Campos Neto OH, Acúrcio FA, Machado MAA, Ferré F, Barbosa FLU; Cherchiglia ML, Andrade, EIG. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização em saúde em Minas Gerais, Brasil. Revista Saúde Pública, 2012,46(5):784-90.
- 48.** Brasil. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES nº 3310 de 14 de junho de 2012. Regulamenta, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, os processos de dispensa de licitação destinados exclusivamente a atender determinações judiciais. [Acesso em 15 dezembro de 2014]. Disponível: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3310.pdf

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-01-07
Last received: 2015-03-26
Accepted: 2015-04-13
Publishing: 2015-05-29