



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Campos Neto, Orozimbo Henriques; de Assis Acurcio, Francisco; de Ávila Machado,
Marina Amaral; Ferré, Felipe; Loureiro Vasconcelos Barbosa, Fernanda; Leal Cherchiglia,
Mariângela; Gurgel Andrade, Eli Iola
Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas
Gerais, Brasil
Revista de Saúde Pública, vol. 46, núm. 5, octubre, 2012, pp. 784-790
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240200004>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Orozimbo Henriques Campos Neto^I

Francisco de Assis Acurcio^{II}

Marina Amaral de Ávila Machado^I

Felipe Ferré^{III}

Fernanda Loureiro Vasconcelos Barbosa^{IV}

Mariângela Leal Cherchiglia^V

Eli Iola Gurgel Andrade^V

Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil

Doctors, lawyers and pharmaceutical industry on health lawsuits in Minas Gerais, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever as relações entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica em ações judiciais contra o Estado.

MÉTODOS: Estudo descritivo retrospectivo com base nas informações dos expedientes administrativos dos processos judiciais com demandas por medicamentos contra o Estado de Minas Gerais movidos entre outubro de 1999 e outubro de 2009. As variáveis estudadas foram: sexo, idade e doença dos beneficiários das ações, origem do atendimento médico (público ou privado), médico prescritor, tipo de representação jurídica e medicamento solicitado. Foi realizada análise descritiva das variáveis com a distribuição de frequências.

RESULTADOS: Foram analisadas 2.412 ações judiciais referentes a 2.880 medicamentos solicitados, com 18 fármacos diferentes. Entre esses, 12 são fornecidos pelas políticas de assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos mais solicitados foram adalimumabe, etanercepte, infliximabe e insulina glargina. As principais doenças dos beneficiários foram artrite reumatóide, espondilite anquilosante, diabetes mellitus e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Houve predomínio de representação por advogados particulares e atendimento por médicos do setor privado. Entre as ações representadas pelo escritório A, 43,6% tiveram um único médico prescritor para o adalimumabe e 29 médicos foram responsáveis por 40,2% dos pedidos do mesmo fármaco. Apenas um médico foi responsável por 16,5% das prescrições de adalimumabe, solicitado por apenas um escritório particular de advocacia, em 44,8% dos pedidos.

CONCLUSÕES: A maior representatividade de médicos do setor privado e advogados particulares pode trazer prejuízo à equidade. Os dados sugerem associação entre médicos e escritórios de advocacia nas solicitações dos medicamentos. Esse quadro é um indício de que a Justiça e a medicina têm sido utilizadas para atender aos interesses da indústria farmacêutica.

DESCRITORES: Médicos. Advogados. Indústria Farmacêutica. Relações Interprofissionais. Assistência Farmacêutica. Decisões Judiciais. Equidade no Acesso. Direito Sanitário.

^I Programa Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Bioinformática. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^V Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Orozimbo Henriques Campos Neto
Rua Flor de Fogo, 65, bloco 7, apto. 703 –
Liberdade
31270-217 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: zimboneto@yahoo.com.br

Recebido: 30/9/2011
Aprovado: 1/4/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the relationship between the prescribing doctor, lawyer and pharmaceutical industry in lawsuits against the state.

METHODS: Retrospective descriptive study based on data from administrative files, relating to lawsuits involving medicine demands, in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil, from October 1999 to October 2009.

RESULTS: A total of 2,412 lawsuits were analyzed with 2,880 medicine requests, including 18 different drugs, 12 of them provided through Pharmaceutical Policies of the Brazilian National Health System (SUS). The most frequent medicines requested included were adalimumab, etanercept, infliximab, insulin glargine and tiotropium bromide. The main diseases were rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, diabetes *mellitus*, and chronic obstructive pulmonary disease. Private lawyers and doctors were predominant. The results revealed the association between doctors and law offices on drug requests. Among the lawsuits filed by the office A, 43.6% had a single prescriber to adalimumab, while 29 doctors were responsible for 40.2% of the same drug prescriptions. A single doctor was responsible for 16.5% of the adalimumab prescriptions, being requested through lawsuits filed by a single private law office in 44.8% of legal proceedings.

CONCLUSIONS: A greater representation of doctors and lawyers from the private sector can hinder equity in health. The results revealed the association between doctors and law offices on drug requests. This is an indication that justice and medical practice have been used, at certain times, to serve the interests of the pharmaceutical industry.

DESCRIPTORS: Health lawsuits and access to health . Equity in health. Pharmaceutical industry. Incorporation of medicines. Lawsuit officials. Doctors.

INTRODUÇÃO

Novos medicamentos são frequentemente lançados no mercado com preços superiores às farmacoterapias existentes sem agregar benefícios terapêuticos aos pacientes. Segundo Vidotti et al¹² (2008), dos 109 medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Brasil entre 2000 e 2004, aproximadamente 40% não apresentavam inovação em relação aos medicamentos disponíveis, segundo classificação do Food and Drug Administration (FDA). Nenhum deles estava incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), portanto não satisfaziam às necessidades prioritárias de saúde da população, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Menos de 10% eram indicados para condições consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde (MS), como diabetes, tuberculose e hipertensão, e nenhum medicamento foi lançado para hanseníase.^{13,a}

Os altos custos dos novos medicamentos impactam a Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de

Saúde (SUS), na medida em que os processos judiciais movidos pelos pacientes obrigam o fornecimento gratuito sob a reivindicação do direito constitucional à saúde. O Poder Judiciário contribui para introduzir no mercado medicamentos não padronizados pelo SUS ou pertencentes ao Componente Especializado da AF (medicamentos de alto custo) para condições de saúde não regidas por diretrizes ou protocolos. Por outro lado, pedidos de medicamentos pertencentes a outros programas de AF do SUS são motivados por falhas no abastecimento, como aquisições em quantidade inadequada ou com programação de entrega não respeitada.^{5,7,9,10,14}

Estudos realizados em São Paulo e Minas Gerais em 2006 mostraram concentração de pedidos judiciais de adalimumabe e etanercepte (na época não incorporados ao SUS) em grupo reduzido de prescritores e advogados. Esses resultados sugerem relações inapropriadas entre esses profissionais e os laboratórios

^a Organización Mundial de la Salud. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra; 2002. (Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, 4). Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf

farmacêuticos, descaracterizando a garantia do direito à saúde como motivação prioritária dos processos.⁶

O presente estudo tem como objetivo descrever as relações entre prescritor, advogado e indústria farmacêutica nas ações judiciais impetradas contra o Estado.

MÉTODOS

Estudo descritivo retrospectivo com base nos dados constantes dos expedientes administrativos referentes aos processos judiciais por medicamentos em Minas Gerais movidos entre outubro de 1999 e outubro de 2009.

A coleta de dados foi realizada na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) entre fevereiro e novembro de 2009 por pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES/UFGM). Um formulário previamente testado foi aplicado aos expedientes administrativos de processos judiciais concluídos ou em curso. As informações obtidas foram armazenadas em banco de dados utilizando-se o Microsoft Office Access 2007[®].

As variáveis analisadas foram: beneficiário (sexo, idade, município de residência), representante judicial (advogado, promotor, defensor público), atendimento (médico prescritor, especialidade médica, origem do atendimento, estabelecimento de saúde, diagnóstico conforme Classificação Internacional de Doenças – CID-10), medicamento (fármaco conforme classificação do Anatomical Therapeutic Chemical – ATC) e laboratório fabricante. O cálculo da idade do beneficiário foi realizado com base nas datas da petição inicial e de nascimento.

A partir das 6.112 ações judiciais impetradas, foram selecionados os processos de requisição de medicamentos que apresentavam princípios ativos solicitados em mais de 100 processos, perfazendo 18 itens (47,1% dos processos). Esses princípios ativos foram descritos conforme substância química (nível 5 da ATC) e agrupados em suas diferentes apresentações. Optou-se por trabalhar com as ações individuais, ou seja, que contemplassem apenas um beneficiário e que envolvessem apenas um escritório de advocacia, um médico prescritor e um pedido de medicamento. A percepção sobre quais profissionais realizaram o atendimento e a representação judicial não era possível nas ações com mais de um beneficiário. Assim, foram incluídos na análise medicamentos cujos princípios ativos foram solicitados em menos de 100 processos.

As relações entre médicos, advogados e a indústria foram estabelecidas por cruzamento entre “nome do médico”, “escritório de advocacia”, “princípio ativo do medicamento” e “laboratório fabricante”. Para a análise, foram

considerados como escritórios de advocacia as defensorias públicas da União e do Estado, assistências jurídicas dos municípios, núcleos de assistência judiciária das faculdades de Direito e os próprios escritórios de advocacia particulares. Na descrição dos resultados, essas diferenças são indicadas. Também foram associados aos médicos suas especialidades e o tipo de atendimento (pelo SUS ou no setor privado), identificado a partir da prescrição médica registrada no banco de dados.

Análise descritiva dos dados foi conduzida com a apresentação em tabelas da distribuição de frequências (relativas e absolutas) das variáveis selecionadas. Os softwares utilizados foram MySQL 5.1.41 para gerenciamento do banco de dados e Microsoft Office Excel 2007[®].

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo foram garantidos. Este estudo é parte integrante do projeto “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça”, da Universidade de Minas Gerais,^b com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) (Parecer nº ETIC 292/08).

RESULTADOS

As 6.112 ações judiciais contemplaram 10.078 pedidos de medicamentos, incluindo 802 fármacos diferentes. Ao aplicar os critérios de seleção, foram analisadas 2.412 ações, perfazendo 2.880 medicamentos com 18 fármacos diferentes.

A maioria dos beneficiários era do sexo feminino, com discreto predomínio dos beneficiários com mais de 40 anos (Tabela 1).

Dentre as doenças e medicamentos mais frequentes destacaram-se artrite reumatóide e espondilite anquilosante (adalimumabe, etanercepte e infliximabe), diabetes *mellitus* (insulina glargina) e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (brometo de tiotrópio) (Tabelas 1 e 2).

Predominaram representações jurídicas por advogados particulares e atendimento por médicos do sistema privado (Tabela 1). No entanto, houve pedidos da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais (DPMG) para os 18 medicamentos em estudo. Nas ações que envolviam quatro desses medicamentos (brometo de tiotrópio, clopidogrel, losartana e sinvastatina), a maior representação jurídica foi da DPMG. Foram 152 as ações da DPMG para esses quatro medicamentos, o equivalente a 33,6% das ações da DPMG e 6,3% de todas as ações selecionadas no presente estudo (Tabela 2).

As especialidades médicas que estiveram mais presentes nas ações judiciais foram: reumatologia (17,9%),

^b Projeto realizado pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Tabela 1. Distribuição de frequência dos beneficiários segundo as variáveis do banco dos processos judiciais. Minas Gerais, 1999 a 2009.

Variável	Todas as ações (n)	%	Ações selecionadas (n)	%
Sexo				
Feminino	3.682	53,9	1.613	56,3
Masculino	3.143	46,1	1.251	43,7
Total	6.825	100,0	2.864	100,0
Faixa etária (anos)				
0 a 19	709	28,5	295	26,5
20 a 39	507	20,4	260	23,4
40 a 59	643	25,8	306	27,5
60 e mais	631	25,3	252	22,6
Total	2.490	100,0	1.113	100,0
Diagnóstico				
M05 Artrite reumatoide	363	35,3	331	38,4
E10 Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	285	27,7	207	24,0
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	231	22,4	178	20,6
M45 Espondilite anquilosante	150	14,6	147	17,0
Total	1.029	100,0	863	100,0
Origem do atendimento médico				
Privado	3.621	84,9	1.715	87,5
Público	646	15,1	245	12,5
Total	4.267	100,0	1.960	100,0
Representação jurídica				
Advogado	3.867	62,1	1.964	70,2
Defensor público	1.472	23,6	504	18,0
Núcleo de assistência jurídica	231	3,7	69	2,5
Sem representação	662	10,6	260	9,3
Total	6.232	100,0	2.797	100,0

endocrinologia (6,2%), cardiologia (5,4%), psiquiatria (4,5%), pneumologia (3,6%) e oncologia (2,5%).

Houve concentração de médicos e advogados nos pedidos dos medicamentos mais demandados (Tabela 2).

Os quatro escritórios de advocacia responsáveis pelo maior número de ações contemplaram 687 pedidos (61,8%): DPMG com 359 solicitações; escritório A, 165; escritório B, 87; escritório C, 76. Houve concentração de pedidos por um ou dois medicamentos para os três escritórios. O escritório A teve 160 pedidos de adalimumabe, o B, 59 de etanercepte e o C, 28 de adalimumabe e 36 de etanercepte. Os três médicos com maior número de prescrições contemplaram 126 pedidos (10,9%). O médico X com 76, o médico Y, 25 e o médico Z, 25. Assim como os resultados encontrados para os escritórios, os medicamentos que mais apareceram foram adalimumabe e etanercepte. O Médico X fez 59 prescrições de adalimumabe e 17 de etanercepte; o médico Y, 21 e 2; o médico Z, nove e 15, respectivamente. Os três

médicos eram reumatologistas, atuavam no setor privado e prescreveram medicamentos para artrite reumatóide.

Observou-se relação entre médicos e escritórios de advocacia nas solicitações dos medicamentos. Entre as ações representadas pelo escritório A, 43,6% tiveram o médico X como prescritor para o adalimumabe (laboratório Abbott) e 29 médicos foram responsáveis por 40,2% dos pedidos do mesmo fármaco. O médico X também foi o principal prescritor das ações que envolveram o fármaco etanercepte, as quais foram representadas pelos escritórios B e C. No escritório B, o médico X está envolvido em 9,0% das ações e, no escritório C, em 12,3% das ações.

DISCUSSÃO

Doze dos medicamentos contemplados nas ações judiciais são fornecidos pelas Políticas de Assistência Farmacêutica do SUS, incluindo insulina glargina e sildenafila 20 mg, padronizados em Minas Gerais para

Tabela 2. Medicamentos, médicos, escritórios de advocacia e respectivos números máximos de processos.^a Minas Gerais, 1999 a 2009.

Medicamento	Processos	Médicos	Máximo de processos por médico	%	Escritórios	Máximo de processos por escritório	%
Adalimumabe	357	54	59	16,5	20	160	44,8
Etanercepte	286	72	17	5,9	17	59	20,6
Ácido ursodesoxicólico	148	59	8	5,4	23	31	20,9
Infliximabe	139	51	8	5,8	15	45	32,4
Insulina glargina	132	66	9	6,8	20	27	20,5
Brometo de tiotrópio	121	51	8	6,6	10	51 ^b	42,1
Sildenafil	117	41	17	14,5	10	26	22,2
Clopidogrel	114	39	10	8,8	10	73 ^b	64,0
Aripiprazol	112	29	8	7,1	11	20	17,9
Micofenolato de mofetila	108	53	5	4,6	16	34	31,5
Rituximabe	79	32	4	5,1	17	16	20,3
Insulina asparte	77	32	6	7,8	10	15	19,5
Temozolomida	55	28	6	10,9	11	15	27,3
Clonazepam	52	22	2	3,8	11	9	17,3
Omeprazol	43	19	1	2,3	7	11	25,6
Losartana	43	21	1	2,3	4	20 ^b	46,5
Acido acetilsalicílico	32	16	1	3,1	8	9	28,1
Sinvastatina	27	9	1	3,7	5	8 ^b	29,6
Total	2042	694	-	-	229	-	-

^a Foram considerados apenas processos com um escritório de advocacia, um médico prescritor e um pedido de medicamento.

^b Casos em que a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais predominou na representação dos processos.

diabetes *mellitus* tipo I e hipertensão arterial pulmonar em 2005 e 2009, respectivamente. O fármaco sildenafil faz parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica desde março de 2010. Na época do estudo, encontrava-se padronizado apenas em Minas Gerais. Alguns medicamentos não estavam padronizados à época das ações, o que motivou a judicialização. Há casos de medicamentos que constavam em listas oficiais na época das ações, mas que tiveram seu acesso dificultado em decorrência de falhas na Assistência Farmacêutica por desabastecimento ou logística, problemas que levaram à busca pelo Judiciário.

Beneficiários de zero a 19 anos e de 40 a 59 predominaram. O diabetes *mellitus* tipo 1 pode estar associado predominantemente à primeira faixa etária; artrite reumatóide e doenças pulmonares obstrutivas, à segunda.³ As informações referentes à idade apresentam limitação considerável, pelo fato de a data de nascimento ou a data da petição inicial não terem sido informadas em 61,5% dos casos.

Observou-se nas ações relação dos medicamentos mais demandados com os diagnósticos e as principais especialidades médicas. Isso mostra coerência

de prescrição, não necessariamente racionalidade, pois muitos medicamentos não são primeira linha de tratamento, como é o caso do anticorpo monoclonal (adalimumabe) e do inibidor de TNF- α de membrana celular (etanercepte), ambos para artrite reumatóide.^c Atualmente existem cinco classes de medicamentos: analgésicos, antiinflamatórios não-esteróides, corticosteróides, medicamentos modificadores do curso da doença e agentes anticitocinas, denominados anticorpos monoclonais. Essas classes têm fármacos disponibilizados pelo SUS, seja pelo ente municipal ou estadual. A não utilização de uma sequência terapêutica definida em protocolo pode configurar-se como irracionalidade em termos farmacológicos e econômicos, visto que adalimumabe e etanercepte são medicamentos de custo elevado. Mas a terapia pode variar de acordo com características individuais dos pacientes e a resposta a regimes prévios de tratamento. Assim, na impossibilidade de o paciente utilizar a primeira ou a segunda linha de tratamento, após serem testadas as alternativas farmacológicas disponíveis, poderia haver indicação de uso desses medicamentos.

Messeder et al⁹ (2005) mostraram que houve aumento na solicitação dos medicamentos mesalazina, riluzol,

^c Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE nº 66 de 6 de novembro de 2006. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – artrite reumatóide. Brasília (DF); 2006 [citado 2011 jul 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_artrite_reumatoide_2006.pdf

peginterferona, sevelamer, levodopa + benserazida, rivastigmina, sinvastatina e infliximabe no Estado do Rio de Janeiro em 2001. Esses medicamentos foram incorporados ao Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (atual Componente Especializado da AF) no final de 2002. De forma semelhante, pode-se observar crescimento das ações por adalimumabe em Minas Gerais, com destaque para 2006, ano em que foi incorporado ao Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional. O aumento na demanda por esses novos fármacos pode refletir a atuação da indústria farmacêutica para que sejam padronizados no SUS. Por outro lado, pode ser a resposta a uma demanda de saúde não atendida.

Médicos do setor privado predominaram entre os responsáveis pelas prescrições que levaram à judicialização dos medicamentos em Minas Gerais, o que também foi encontrado em Santa Catarina, mas contrasta com o observado no Estado do Rio de Janeiro e no município de São Paulo, onde houve maior presença de médicos do SUS.^{9,10,11,13} Chieffi & Barata⁵ (2009) observaram frequências semelhantes para residentes do município de São Paulo: 48,0% de atendimentos no SUS e 47,0% na rede particular.

Há predomínio na representação judicial por advogados particulares em Minas Gerais, situação observada em diferentes locais do País.^{5,8,10,13} No entanto, a Defensoria Pública do Estado foi responsável pela maioria dos processos para quatro dos 18 medicamentos mais demandados, o que se assemelha aos achados de Messeder et al (2005) e Sant'ana (2011).^{9,11,d} Houve baixa frequência de processos representados por núcleos de assistência jurídica gratuita, vinculados a faculdades de direito. Essa tendência, também observada em outros estudos, indica que pessoas com menor poder aquisitivo não acessaram com grande frequência a via judicial para receber medicamentos. Isso provavelmente decorre da baixa oferta deste tipo de assistência, o que também acontece nas Defensorias Públicas, onde formam-se filas de atendimento que desestimulam a procura daqueles que necessitam de serviço gratuito.⁸⁻¹⁰

As ações representam desvio de volume substancial de recursos para o cumprimento das liminares judiciais, em detrimento de outras ações e serviços de saúde que o Estado disponibiliza. Informações divulgadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) mostram inusitado aumento de mais de 28.333,0% nos gastos com demandas judiciais por medicamentos de 2002 (R\$ 164.325,00) a junho de 2011 (R\$ 46.362.563,00). Para readequar o orçamento frente a essa nova situação, outros projetos direcionados à saúde pública são postergados.¹

Pequeno número de advogados e médicos estava associado a grande número de processos, como se observa de modo mais acentuado, mas não exclusivamente, em relação ao adalimumabe, em Minas Gerais. Chieffi & Barata⁶ (2010) mostraram que 1,0% dos advogados representaram 35,0% das ações em São Paulo, um médico prescreveu erlotinibe em 66,0% dos processos desse medicamento e um advogado representou 82,0% das ações de bevacizumabe.

Os resultados sugerem relação entre o escritório de advocacia A e o médico X, o que pode indicar uma “parceria” entre esses profissionais e o laboratório fabricante do medicamento adalimumabe. Um único médico do escritório A foi responsável por cerca de 44,0% das prescrições em 117 ações judiciais; 34 médicos estiveram relacionados ao restante dos pedidos. Não se identificou relação clara entre esses atores para os escritórios B e C, visto que os pedidos de medicamentos se distribuíram por número maior de médicos. Esses resultados confirmam os achados de Chieffi & Barata⁶ (2010), ao indicar maior concentração de profissionais médicos e advogados na judicialização de medicamentos novos e mais caros (Tabela 2).

No processo de implementação da Política de Assistência Farmacêutica é necessário perceber se interesses diversos aos da população, que necessita e tem direito a uma assistência farmacêutica de qualidade, permeiam a relação da indústria farmacêutica com os profissionais de saúde, cujas atividades deveriam ser pautadas pela ética e pelo bem-estar de seus pacientes. Esses interesses escusos são denunciados na literatura e estão relacionados com a comercialização de medicamentos de alto custo, inacessíveis a expressiva parcela da população.^{2,6,8} Carvalho⁴ (2005) aponta que o campo jurídico é uma das novas vias descobertas pelas indústrias para que esses profissionais atuem em seu favor, com argumento de defesa do direito universal à saúde e dos novos medicamentos e procedimentos médicos. As novas tecnologias, muitas vezes, são consumidas pela pressão do direito constitucional e do apelo emocional ao Sistema Judiciário.

Este estudo tem como limitação a obtenção de dados incompletos ou inconsistentes a partir de fonte secundária de caráter administrativo, cujo propósito original não é o de investigação. Tal fato pode prejudicar a extrapolação das informações.

Entretanto, apesar de essa análise da relação entre médicos, advogados e medicamentos não permitir que se explore em toda a sua complexidade o papel das ações judiciais como estratégia de introdução de novos medicamentos no SUS, os dados apresentados mostram a grande concentração da distribuição dos processos em

^d Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília (DF): Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. (Texto para discussão, 41). [citado 2011 ago 2]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/conteng/textos-discussao.htm>

poucos médicos e escritórios de advocacia. Esse fato pode ser um indício de que a Justiça e a medicina têm sido utilizadas para atender aos interesses da indústria farmacêutica.

A maior representatividade de médicos do setor privado e advogados particulares pode trazer prejuízo à equidade, pois grande parte dos pacientes que têm acesso ao Sistema Judiciário e, consequentemente, a medicamentos financiados pelo SUS, paga por serviços médicos e advocatícios. A obtenção de medicamentos

por via judicial pode privilegiar cidadãos que têm mais recursos financeiros para pagar advogados, ou maior acesso à informação, em detrimento daqueles que não têm tal possibilidade por questões socioeconômicas.^{14,e}

Apesar disso, as consequências da atuação do Judiciário não devem ser vistas apenas nessa perspectiva. Existem vazios assistenciais e dificuldades no acesso às políticas de saúde pública que ganham maior visibilidade com as ações judiciais, geram o debate necessário e propiciam o alcance de soluções.

REFERENCES

1. Almeida A. Remédio amargo para a saúde. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 2011 jul 14; Política:6.
2. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Rio de Janeiro: Record; 2008.
3. Bértolo MB, Brenol CV, Schainberg CG, Neubarth F, Lima FAC, Laurindo IM, et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol*. 2007;47(3):151-9. DOI:10.1590/S0482-50042007000300003
4. Carvalho G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. *Saude em Debate*. 2005;29(69):99-104.
5. Chieffi AL, Barata RCB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1839-49. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800020
6. Chieffi AL, Barata RB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):421-9. DOI:10.1590/S0034-89102010000300005
7. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):590-8. DOI:10.1590/S0034-89102011005000015
8. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):101-7. DOI:10.1590/S0034-89102007000100014
9. 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. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):525-34. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200019
10. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Jr JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;15(Supl 3):3551-60. DOI:10.1590/S1413-81232010000900030
11. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):138-44. DOI:10.1590/S1020-49892011000200010
12. Vidotti CCF, Castro LLC, Calil SS. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(1):36-45. DOI:10.1590/S1020-49892008000700005
13. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2):214-22. DOI:10.1590/S0034-89102007000200007
14. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saude Publica*. 2008;42(2):365-9. DOI:10.1590/S0034-891020080005000010

Trabalho financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (Processo nº 551495/2007-3). Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

^e Gandini JAD, Barione SF, Souza AE. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. São Paulo: Academia Brasileira de Direito; 2008. [citado 2011 jul 25]. Disponível em: http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=1451&categoria=Sanitário