

A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça

The judicialization of healthcare and the pharmaceutical care national policy in Brazil: the clinic management and the medicalization of the justice

Eli Iola Gurge Andrade¹; Carlos Dalton Machado²; Daniel Resende Faleiros³; Daniele Araújo Campos Szuster⁴; Augusto Afonso Guerra Júnior⁵; Grazielle Dias da Silva⁶; Mariângela Leal Cherchiglia⁷; Francisco de Assis Acúrcio⁸

RESUMO

Ainda são raras as referências de estudos publicados no país que tenham como objeto o fenômeno denominado “judicialização da saúde” (demandas judiciais para acesso a serviços e insumos de saúde). A complexidade do fenômeno, por suscitar a interface entre Judiciário e Executivo, confrontados no desafio constitucional de garantir os direitos dos cidadãos à atenção integral à saúde, repercute no constrangimento dos gestores do sistema de saúde pública, frente aos mecanismos jurídicos que visam a garantir aos pacientes/usuários a assistência médica recomendada. Esse fenômeno apresenta correlação com eventos similares ocorridos em países que possuem sistemas universais de saúde e mesmo naqueles onde há predominância de seguros privados. Percebe-se que os sistemas de saúde, sempre sob contingenciamento orçamentário, são mais ou menos permeáveis às pressões externas de grupos de interesses e à ação das lideranças políticas. Porém, em todos os sistemas, são os profissionais de saúde quem mais influenciam o setor, supostamente sob o imperativo tecnológico da medicalização. Para se investigar tal fenômeno na assistência farmacêutica, como instrumento de garantia do acesso e/ou de incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde no Brasil, é necessário o desenvolvimento de um marco conceitual. Neste trabalho, a partir de revisão da literatura, são apresentadas as bases conceituais para a discussão da judicialização da saúde no Brasil.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Equidade em Saúde

ABSTRACT

There are still very few published studies references in the country that have as the matter the phenomenon called “judicialization of healthcare” / “judicialização da saúde” (lawsuits for access to health services and resources). The phenomenon complexity, that raises the interface between the Judiciary and the Executive powers, confronted in the constitutional challenge of granting the rights of citizens to the integral healthcare, impacts on the constraint of the public healthcare systems management before the juridical mechanisms that aim to grant to the patients/users the recommended medical care. This phenomenon presents co-relation with similar events occurred in countries where there are healthcare universal systems and even in those where there is healthcare private insurance predominance. It is noted that the healthcare systems, always under budget contingences, are more or less permeable to the external pressures from the interest groups and to the political leaderships’ actions. However, in every system, the healthcare professionals are those who have more influence on the sector, supposedly upon the medicalization technological imperative. In order to investigate this phenom-

Instituição:

Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES/UFMG)

Endereço para correspondência:

Eli Iola Gurge Andrade
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 / sala 706
Belo Horizonte – MG
CEP 30130-100
Email: iola@medicina.ufmg.br

enon in the pharmaceutical care, as a tool for granting the access and/or incorporation of new technologies to the healthcare public system in Brazil, it is necessary the development of a conceptual mark. In this paper, starting from the literature review, the conceptual basis for the discussion on the judicialization of healthcare in Brazil are presented.

Key words: Pharmaceutical Care; Health Policy, Planning and Management; Equity in Health

INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda são raras as referências a estudos publicados em periódicos que tenham como objeto o fenômeno da chamada “judicialização da saúde”. A complexidade do fenômeno, por suscitar a interface entre esferas do Poder Público - Judiciário e Executivo -, confrontados no desafio constitucional de garantir os direitos universais dos cidadãos à atenção integral à saúde, repercute no constrangimento dos gestores do sistema de saúde pública frente aos mecanismos jurídicos que visam a garantir aos pacientes/usuários a assistência médica recomendada. Tais constrangimentos ultrapassam os conflitos relacionados à alocação de recursos limitados, culminando, em alguns casos, em processos criminais envolvendo os responsáveis pela gestão do sistema de saúde.

Se, por um lado, as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, por outro remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que muitas vezes contradita o princípio da equidade em saúde. Os conflitos tornam-se ainda mais complexos quando se considera que no vértice de tais decisões encontra-se uma indicação médica.

Premente é a necessidade de se problematizar, para além da avaliação do impacto econômico – de per se bastante importante –, os paradigmas que permeiam as instituições e atores envolvidos nesse fenômeno, conhecido no Brasil como judicialização. Sob contingenciamento orçamentário, os sistemas são mais ou menos permeáveis às pressões externas de grupos de interesses e à ação das lideranças políticas. Porém, em todos os sistemas de saúde, são os profissionais de saúde quem mais influenciam o setor, supostamente sob o imperativo tecnológico da medicalização.

O imperativo de contenção de custos se contrapõe ao imperativo tecnológico, porém o alto grau de conhecimento especializado necessário para se entender o problema da contenção e seus trade-offs tende a fortalecer as soluções burocráticas, em sua natureza de impor sanções.¹

PARADIGMAS ENVOLVIDOS NA JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

A clínica moderna tem suas origens nos rápidos e numerosos progressos que tiveram a anatomia e a fisiologia humana, após a Era Renascentista. A partir de então, houve incessante progresso das técnicas e à medida que mais e mais problemas humanos passaram a ser resolvidos com originalidade, mais o conhecimento se especializou e se parcializou. O método experimental tornou a fisiologia base da patologia e da terapêutica. De anatômica, a Medicina tornou-se fisiológica. A lesão foi substituída pelo problema funcional, a doença tornou-se uma perversão dos atos fisiológicos e a clínica passou a estudar os modos de produção e interpretação dos fenômenos mórbidos.²

Com Louis Pasteur ganharam dimensão política os conceitos de etiologia, patogenia e patologia, ao associar estados mórbidos diferentes ao mesmo microrganismo ou à importância etiológica e patogênica das associações microbianas. A anatomia patológica passou a se orientar no sentido etiológico e seu maior objetivo passou a ser associar os relatos íntimos das lesões com a causa que as produzia.

Tornando conhecidas as causas, as origens e o modo de produção das epidemias, passou a Medicina a propor os meios para combatê-las. É o anúncio da autonomia do empirismo e a clínica vai abandonar sua fundamentação metafísica, iniciando a era da medicalização. O termo medicalização surge na obra de Jacques Leonard³ como uma expressão puramente demográfica que denotava a contagem do número de médicos e o número de habitantes, ou seja, uma espécie de geografia de uma profissão em saúde.⁴ O corpo empírico passa a ser uma entidade constituída de informação e as informações tornam-se compartilhadas entre organismos públicos e privados.

A clínica terá indivíduos e territórios sob suspeição, controle ou intervenção, em que todos os

aspectos da vida serão escrutinados. Ela passa a higienizar o presente e prometendo controlar a gestação de um futuro no qual os elementos surgiram fortes e triunfantes sobre a dor e o sofrimento, com a vida prolongada (anos acrescidos à vida e vida acrescida aos anos), vivendo em comunidade como cidadãos livres e produtivos.

A higiene, campo originário da saúde pública ou coletiva, invadiu todos os campos da vida social, transformando-se em um instrumento natural de moralização das sociedades, a partir da profilaxia das doenças físicas, mentais ou morais. Medicalização é o termo que faz referência à redefinição de problemas existentes em uma linguagem médica, ocorrida a partir do final do século XIX. Problemas até então sob o domínio da religião passaram à ordem médica. Mais do que uma conquista profissional, tal processo representou uma mudança cultural.⁵

Mas, foram os investimentos em pesquisas aplicados à clínica e a saúde pública (principalmente no desenvolvimento de vacinas, antiparasitários, campanhas contra a tuberculose e pesquisas genéticas) que representaram uma verdadeira revolução científica, financiada por milhões de dólares investidos pela filantropia americana, no período de 1913 a 1928, colocando a Medicina americana no pedestal de onde não desceu mais.

As duas Grandes Guerras consolidaram o modelo técnico-científico-industrial americano, do qual a Medicina passou a se beneficiar a partir de avanços extraordinários da bioengenharia, principalmente a partir da década de 1950, após um período em que predominaram os paradigmas de controle de doenças infecto-parasitárias e da desnutrição, associados a tecnologias de baixo custo.

À medida que a Medicina se sofisticava tecnologicamente e um número crescente de cidadãos passava a ter acesso às novas práticas, os serviços de saúde, para além da filantropia, passaram a ser ofertados em ambientes altamente institucionalizados.

Tais estruturas deram origem a uma prática médica independente, com diagnóstico e tratamento não sujeitos a controles externos à profissão (autogovernança), investidos de legitimidade para certificar a vida e a morte, e com a responsabilidade de liderar e coordenar outros profissionais de saúde.^{6,7} Com o aumento da densidade organizacional e a maquinaria do Estado de Bem-Estar Social, princi-

palmente após a década de 1940, iniciou-se uma gradativa modificação em tal configuração.

Os avanços tecnológicos e científicos primeiro mudaram o poder de controle dos filantropos sobre os médicos, na primeira metade do século XX, permitindo o poder absoluto e monopolista de uma elite médica. Posteriormente, com a crescente proliferação de especialidades e novas profissões de saúde, com a modificação do papel do hospital e a emergência de novas redes de atenção à saúde, e tudo isso em um ambiente de democratização das relações, acabou-se por deteriorar a condição eclesíastica da elite médica.

Os elevados custos relacionados tanto às tecnologias de diagnóstico quanto às terapêuticas e a ampla incorporação das máquinas-ferramentas que substituem o trabalho humano tornaram necessário o surgimento da gestão, cujo modelo foi buscado nas fábricas (fordismo, taylorismo, toyotismo), tendo o modo de emprego das máquinas-ferramentas passado a exigir também a produção de conhecimento. Surgiu então a gestão científica em saúde, com paradigmas e modelos desenvolvidos e articulados nos campos disciplinares da análise da política pública e teoria das organizações.⁸ Os novos gestores agora necessitavam ter conhecimento sobre as técnicas (o processo de trabalho em saúde), ser versados em administração e ser adeptos a processos políticos, o que veio a se consolidar nas noções de planejamento estratégico em saúde.

GESTÃO DA CLÍNICA E A MEDICALIZAÇÃO DA JUSTIÇA

Cada configuração tecnológica cria novas realidades econômicas sociais e culturais. A partir de investigações originadas da Eletrônica, da Física, da Bioquímica e das Ciências da Informação, surgiram as máquinas-ferramentas com ampla e crescente utilização no campo da saúde. Da análise genética às diversas tecnologias de imagem; dos instrumentos doadores de informação sobre variações de estado de pacientes críticos à pesquisa epidemiológica; da produção de vacinas e novas terapêuticas ao domínio de novas técnicas cirúrgicas; da produção de alimentos industrializados e enzimas de substituição à intimidade da vida sexual; não se passa um dia, neste novo século, em que

não se descreva uma nova descoberta relacionada às biotecnologias e às novas práticas que elas demandam ou asseguram.

Hábitos e atitudes em relação ao cuidado de saúde moldam o comportamento em saúde. A educação, disseminação de informações, o conhecimento compartilhado, a legislação e a regulação atuam como complemento à ação dos agentes de saúde e variam seu impacto de acordo com o ambiente psicossocial.

Diante disso, no entanto, a ameaça para os sistemas de saúde é enveredar-se em uma verdadeira espiral de medicalização e incorporação tecnológica. Os problemas apontados inicialmente por economistas da saúde americanos estão principalmente localizados no mercado dos artefatos tecnológicos e dos insumos em saúde (principalmente medicamentos) e no tempo de permanência hospitalar, em que os médicos tomam as maiores decisões em relação às necessidades dos consumidores, caracterizando um incentivo perverso à demanda, que insufla os custos.⁹ Uma das alternativas a serem consideradas passou a ser a limitação da autonomia médica como resposta da política pública ao imperativo de contenção de custos. O pressuposto é que existiria uma base racional para julgar a qualidade e a quantidade de serviços médicos para estabelecer-se uma base de oferta de serviços. Por suposto, o contra-efeito seria estabelecer uma justificativa para a não-oferta de serviços considerados insatisfatoriamente remunerados e a revisão da necessidade e propriedade de se prestar assistência aos out-liers¹⁰, portadores de doenças consideradas órfãs ou eventos catastróficos.

As chamadas doenças catastróficas são agravos que possibilitam argumentação jurídica para o acesso ao tratamento. No Chile, por exemplo, 83% dos cidadãos com mais de 65 anos de idade e com doenças catastróficas são assistidos pelo setor privado. Entretanto, planos privados e seguros de saúde procuram não cobrir tais agravos. De todo modo, os custos desses tratamentos ultrapassam o que as famílias podem arcar com recursos próprios.¹¹

Outro fato, mundialmente conhecido – agravado no Brasil pelo envelhecimento rápido da população e pela dupla carga das doenças –, é o aumento das doenças crônicas, que representa um sério desafio aos atuais sistemas de saúde, colocando em cheque a capacidade de organização desses sistemas na superação das demandas iminentes.¹²

O SISTEMA BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece o direito à saúde no Brasil, pautado pelos princípios da universalidade, igualdade e equidade, mediante o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, ficando inteiramente sujeitas à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público a quem cabe executá-los diretamente ou por terceiros, segundo normas para o financiamento.¹³

Para viabilizar tais direitos, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo os princípios constitucionais e regulamentado pela Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), bem como pela Lei nº. 8.142/90 - que disciplina a participação da sociedade na gestão do sistema.

Mediante o direito preconizado e o sistema para viabilizá-lo, qualquer cidadão em solo nacional tem institucionalmente garantido o direito de atenção à saúde. Desta forma, nos últimos anos, o número de demandas judiciais para garantia de tal direito tem tomado vulto jurídico e financeiro. Diferentes são os pedidos dessas prestações, entretanto, a grande maioria é por medicamentos. O impacto financeiro de tais ações tem motivado a busca por compreensão e avaliação desse fenômeno por parte dos gestores de saúde.

No Brasil, a assistência farmacêutica tem o objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, ou seja, aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população disponíveis a todos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas – e prover o uso adequado e racional dos mesmos.¹⁴ As programações e aquisições são de responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios, em conformidade com os critérios técnicos e administrativos disciplinados segundo as diretrizes da Política de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos (Lei nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998).

Dados de pesquisa sobre demandas judiciais por medicamentos no SUS no país, desenvolvida pelo grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG, apontam o estado de Minas Gerais como o de maior volume de demandas (27% das ações entre janeiro de 2003 e agosto de 2005), representando 34% de todos os medicamentos solicitados.¹⁵

Numa breve análise, pode-se inferir que a via judicial tem propiciado o exercício dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde. Porém, quando se analisa de forma mais ampla, percebe-se uma lógica adversa: se, por um lado, as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, por outro, remetem ao gestor a responsabilidade de decisões administrativas que muitas vezes contradizem os princípios constitucionais da equidade e acesso à assistência à saúde de qualidade.

A partir dessas observações, constata-se a necessidade de aprofundamento da pesquisa no sentido de estabelecer correlações entre a realidade brasileira e experiências similares em outros sistemas de saúde. Com este enfoque, o Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde GPES/UFMG obteve apoio, por meio do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde, nº 33/2007, para o desenvolvimento da pesquisa - "Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça", cujos resultados preliminares de revisão bibliográfica constituem-se em matéria deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Freddi G, Bjökman JW. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London; SAGE Publications; 1989. 250p.
2. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998. p. 252.
3. Leonard J. La France médicale au XIXème Siècle. Paris: Gallimard/Julliard; 1978.
4. Faure O. La médicalisation vue par les historiens. In: Aïach P, Delanoë D. L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas. Paris: Econômica; 1998. p. 53-68.
5. Aïach P, Delanoë D. L'ère de médicalisation : ecce homo sanitas. Paris: Anthropos; 1998. 251p.
6. Freidson E. The changing nature of professional control. *Ann Rev Sociology*. 1984; 10:1-10.
7. Salmon JW. The corporate transformation of health care. Issues and directions. New York: Baywood Publishing; 1990. 282p.
8. Freddi G. Problems of organizational rationality in health systems: political controls and policy options. In: Freddi G, Bjökman JW. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage Publications; 1989. p. 1-27.
9. Hollingworth JR. Structure and performance of the medical care delivery systems of the United Kingdom and the United States. In: Freddi G, Bjökman JW. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage Publications; 1989. p. 210-29.
10. Bjökman JW. Politicizing Medicine and medicalizing politics: physician power in the United States. In: Freddi G, Bjökman JW. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage Publications; 1989. p. 28-73.
11. The World Bank. The International Bank for Reconstruction and Development. Chile health insurance issues: old age and catastrophic health costs (A World Bank country study). Washington: World Bank; 2000.
12. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: Componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Citado em 10 out. 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
15. Faleiros DR, Guerra Junior AA, Szuster DAC. A questão das demandas judiciais por medicamentos no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. p. 129-31.