

Orozimbo Henriques Campos Neto

**A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:  
PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte – MG  
Fevereiro/2017**

Orozimbo Henriques Campos Neto

**A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:  
PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Eli Iola Gurgel de Andrade

Coorientador: Luiz Alberto Oliveira Gonçalves

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**  
**Belo Horizonte – MG**  
**Fevereiro/2017**

C198i Campos Neto, Orozimbo Henriques.  
Indústria farmacêutica na judicialização da saúde [manuscrito]: percepção dos atores sociais envolvidos. / Orozimbo Henriques Campos Neto. -- Belo Horizonte: 2017.  
212f.  
Orientador: Eli Iola Gurgel de Andrade.  
Coorientador: Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
1. Judicialização da Saúde. 2. Indústria Farmacêutica. 3. Medicamentos Essenciais. 4. Instalações de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli Iola Gurgel de. II. Gonçalves, Luiz Alberto Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 540

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramirez

### **Vice-Reitora**

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

### **Pró-Reitora de Pesquisa**

Prof. Ado Jório

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora**

Profa. Sandhi Maria Barreto

### **Subcoordenadora**

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

### **Colegiado**

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Sandhi Maria Barreto

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Profa. Luana Giatti Gonçalves

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

### **Suplentes**

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Profa. Valéria Maria de Azeredo Passos

Profa. Cibele Comini César

Profa. Amélia Augusta Friche

Profa. Ada Ávila Assunção

### **Representantes discentes**

Amanda Paula Fernandes

Hugo André da Rocha

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e minha avó materna, pelo apoio em mais uma etapa de minha vida.

À Flaviane, companheira em todos os momentos, pelo apoio e incentivo para a realização do Doutorado.

Aos professores Eli Iola Gurgel Andrade e Luiz Alberto Oliveira Gonçalves, pela orientação durante o Doutorado. Em especial ao professor Luiz Alberto tendo em vista o aprendizado que me proporcionou sobre a pesquisa qualitativa e uma visão ampliada das ciências sociais.

Aos atores envolvidos na judicialização da saúde, por se colocarem a disposição para realizar as entrevistas sobre as demandas judiciais em saúde, somente assim foi possível a concretização da pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde, em especial, à Tiago Lopes Coelho e Felipe Ferré pelo compartilhamento de experiências e pelo apoio à minha pesquisa.

A todos com quem convivi durante o doutorado, pelos conhecimentos adquiridos e pela troca de experiências. Em especial aos amigos e colegas de trabalho na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais Fabrício Simões e Jans Bastos Izidoro.

*O consumidor é um inimigo do cidadão... (...) há numerosos exemplos de pessoas que voltam as costas para a política, numa apatia política e numa perda de interesse em relação aos processos políticos cada vez mais maiores. Mas os políticos democráticos não podem sobreviver por muito tempo à passividade dos cidadãos, originada na ignorância e na indiferença política. As liberdades dos cidadãos não são propriedades que se adquirem uma vez por todas; elas não estão seguras, encerradas nas suas caixas-fortes. São plantadas e enraizadas no terreno sociopolítico, que precisa ser cotidianamente fertilizado e que se torna árido até ficar gretado, se não for cuidado dia após dia com as ações informadas de um público preparado e comprometido. Não é preciso atualizar só as capacidades técnicas, não é só a educação voltada para o trabalho que precisa ser permanente. O mesmo vale, com uma urgência ainda maior, para a educação para a cidadania. (PORCHEDDU, Zygmunt Bauman: entrevista sobre a educação. Desafios pedagógicos e modernidade líquida. 2009, p.681)*

## RESUMO

O tema da tese teve origem nos resultados da pesquisa de mestrado, quando se buscou identificar fatores que poderiam influenciar o aumento de ações judiciais no Brasil, relativas à demanda por anticorpos monoclonais, medicamentos que possuem um alto custo no país. Os dados observados naquele momento corroboravam com estudos realizados, tanto em Minas Gerais como em outros Estados, por pesquisadores que verificavam, no aumento das demandas de ações judiciais relativas a medicamentos, indícios da enorme influência da indústria farmacêutica para introduzir no mercado brasileiro, novos medicamentos. No sentido de organizar essa investigação, a tese está estruturada da seguinte maneira: o primeiro capítulo corresponde à introdução em que é apontado o problema de pesquisa e a justificativa para o estudo. O segundo capítulo apresenta os referenciais teóricos relativos ao complexo médico-industrial, complexo industrial da saúde e complexo econômico-industrial da saúde, bem como os enfoques que sustentam os pressupostos acerca do tema pesquisado. O terceiro capítulo apresenta a teoria do Interacionismo Simbólico, abordagem teórico-metodológica que fundamenta os métodos qualitativos utilizados na coleta e análise dos dados. O capítulo aborda também a forma de seleção dos sujeitos e o processo de elaboração e execução das entrevistas. No capítulo quatro são apresentados os resultados da pesquisa, com a análise das entrevistas. Destaca-se que o artigo sobre a percepção dos médicos prescritores sobre a influência da indústria farmacêutica nas ações judiciais encontra-se em apêndice da tese. Por fim, apresenta-se no capítulo final a conclusão da tese, na qual denota-se o entendimento de que o argumento da defesa do direito à saúde, se confunde com a necessidade por um medicamento ou produto médico, algo presente nas narrativas dos atores envolvidos nas ações judiciais. Essa construção gera diversos desdobramentos, entre os quais, a promoção de um complexo fenômeno denominado Judicialização da Saúde que se retroalimenta pelos próprios atores que atuam nesse contexto, muito em razão das mudanças institucionais que podem ampliar ao invés de reduzir as demandas via Judiciário. Espera-se que a tese possa gerar a reflexão não apenas de pesquisadores que trabalham com o tema, mas também de atores que precisam em sua rotina no SUS enfrenta-lo diariamente. Apesar da limitação de se trabalhar com um recorte do tema, ou seja, a indústria farmacêutica e sua interferência nas ações e omissões dos atores nas ações judiciais, pode-se ter avançado nas possibilidades de lidar com o fenômeno.

**Palavras-chave:** Decisões judiciais; indústria farmacêutica; complexo econômico-industrial da saúde; medicamentos.

## ABSTRACT

The thesis topic had its origin in the search results of masters, which sought to identify factors that could influence the increase of lawsuits in Brazil, concerning the demand for monoclonal antibodies, drugs that have a high cost in the country. The data observed at that moment corroborated by studies conducted both in Minas Gerais and in other states, by researchers who were, in the increase of demands of lawsuits relating to drugs, signs of the enormous influence of the pharmaceutical industry to enter the Brazilian market, new drugs. In order to organise this research, the thesis is structured in the following way: the first chapter is the introduction in which is pointed out the problem and the rationale for the study. The second chapter presents the theoretical frameworks relating to complex medical-industrial complex, health industrial complex and economical-industrial health, as well as the approaches that support the hypotheses on the subject researched. The third chapter presents the theory of Symbolic Interactionism, theoretical-methodological approach that underlies the qualitative methods used in the collection and analysis of data. The chapter also discusses the form of subjects' selection and the process of elaboration and implementation of the interviews. In chapter four are presented the results of the research, with the analysis of the interviews. It is noteworthy that the article about the perception of physicians prescribers about the influence of the pharmaceutical industry in lawsuits is in the appendix of this thesis. Finally, it presents itself in the final chapter of the completion of the dissertation, in which denotes the understanding that the argument of the defense of the right to health, is confused with the need for a drug or medical product, something present in the narratives of the actors involved in lawsuits. This construction generates several consequences, among which, the promotion of a complex phenomenon called Health litigation that feedback by actors involved in this context, much due to the institutional changes that can expand rather than reduce the demands via the judiciary. It is expected that the thesis can generate a reflection not just of researchers who work with the theme, but also of actors who need in your routine in the SUS faces it daily. Despite the limitations of working with a cutout of the theme, i.e., the pharmaceutical industry and its interference in the actions and omissions of the actors in lawsuits, you can have advanced the possibilities of dealing with the phenomenon.

**Keywords: Judicial Decisions; Drug Industry; economic and industrial health complex; drugs**



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Comparação entre os complexos industriais da saúde .....	44
--	----

## LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

AGU – Advocacia Geral da União

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAO-Saúde – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde

CEIS - Complexo Econômico-Industrial da Saúde

CF – Constituição Federal

CIS – Complexo Industrial da Saúde

CMI – Complexo Médico-Industrial

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

DM – Diabetes *mellitus*

DM1 – Diabetes *mellitus* tipo 1

DM2 – Diabetes *mellitus* tipo 2

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

GPES – Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PNM – Política Nacional de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

## **LISTA DE SIGLAS (Continuação)**

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIGAF – Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 O cotidiano da Judicialização da saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 A judicialização na conformação do complexo industrial na saúde .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 <i>As origens do Complexo Médico-Industrial (CMI).....</i>	23
2.2.2 <i>Modelo do CMI no Brasil.....</i>	26
2.2.3 <i>Complexo Industrial da Saúde (CIS).....</i>	34
2.2.4 <i>O novo modelo: Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).....</i>	39
2.2.5 <i>Comparação entre os modelos: CMI, CIS e CEIS .....</i>	42
<b>2.3 Pressupostos teóricos do estudo .....</b>	<b>43</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 O Interacionismo Simbólico e suas Aplicações .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Como apareceram os sujeitos da pesquisa? .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 Entrevistas Semiestruturadas.....</b>	<b>55</b>
3.3.1 <i>Análise das entrevistas .....</i>	60
<b>3.4 Confidencialidade dos dados empíricos.....</b>	<b>61</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 Médicos e suas percepções sobre as ações judiciais em saúde.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2 Representantes jurídicos nos processos de judicialização na área da Saúde: Como eles percebem a presença dos Laboratórios Farmacêuticos nessas ações? .....</b>	<b>75</b>
4.2.1 <i>Observações metodológicas sobre a formulação das questões .....</i>	86
4.2.2 <i>Análise das narrativas dos representantes jurídicos: advogados particulares .....</i>	88
4.2.3 <i>Análise da narrativa do Defensor Público.....</i>	114
<b>4.3 Promotoria Pública no contexto da Judicialização da Saúde.....</b>	<b>126</b>
<b>4.4 Os desafios: narrativas do gestor público e promotor de justiça .....</b>	<b>135</b>
4.4.1 <i>Pontos convergentes nas narrativas de PJ e GP.....</i>	150
<b>4.5 A visão de quem decide: análise dos magistrados .....</b>	<b>152</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>167</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE A - Artigo “A Judicialização da Saúde na percepção dos médicos prescritores” .....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista .....</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).....</b>	<b>204</b>
<b>ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO C - Transcrições das entrevistas.....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO D – Medicamento direito constitucional.....</b>	<b>208</b>

## **SUMÁRIO (continuação)**

<b>ANEXO E - Medicamentos e equipamentos médicos obtidos judicialmente .....</b>	<b>209</b>
<b>ANEXO F - Ata da Defesa de Tese .....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXO G – Folha de aprovação da Tese.....</b>	<b>211</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema da tese em questão teve origem nos resultados da pesquisa “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça”, desenvolvido pelo GPES/UFMG, apoiado pelo Edital n° 33/2007 CNPq, que teve como objetivo identificar fatores que poderiam influenciar o aumento de ações judiciais em Minas Gerais, pois o crescimento gerava uma reação muito forte da gestão do sistema público, com a ingerência do judiciário nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE *et al*, 2008). No contexto do projeto de pesquisa foram desenvolvidas dissertações e teses. Uma das dissertações de autoria do doutorando que apresenta esta tese realizou-se por meio de um estudo descritivo com base nos dados relativos a processos judiciais com demandas por anticorpos monoclonais, impetrados contra o Estado de Minas Gerais, no período de outubro de 1999 a outubro de 2009. Foram identificadas 787 ações judiciais relativas a medicamentos com 13 fármacos diferentes. Chamava a atenção o fato de que quatro dos medicamentos acionados juridicamente tinham, naquela época, fornecimento garantido pelas Políticas de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, mesmo assim, faziam parte da lista das ações judiciais. Além disso, a concentração de profissionais médicos e advogados nas ações por medicamentos específicos de uma dada indústria farmacêutica, como o adalimumabe (CAMPOS NETO *et al*, 2012).

Os dados observados naquele momento corroboravam com estudos realizados, tanto em Minas Gerais como em outros Estados da federação, por pesquisadores que verificavam, no aumento das demandas de ações judiciais relativas a medicamentos, indícios da enorme influência da indústria farmacêutica para introduzir no mercado brasileiro, novos medicamentos (ANDRADE *et al*, 2008; CHIEFFI; BARATA, 2010; MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013; SOARES e DEPRÁ, 2012).

Com base nessas observações e na literatura mencionada, identificou-se, no referido banco de dados, ações judiciais que acarretavam gastos suplementares à Política de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais que estavam concentradas em um número muito pequeno de médicos e de escritórios de advocacia, sendo ambos, predominantemente, do setor privado (CAMPOS NETO *et al*, 2012). A concentração desses profissionais, nos processos judiciais, associados ao crescimento de ações que envolviam a compra de medicamentos de alto custo, recém lançados no mercado, se configurou como indício de que a ação advocatícia e as prescrições médicas poderiam estar sendo utilizadas, em determinados momentos, para atender a interesses da indústria farmacêutica. Mas como todos os indícios são apenas pistas que podem

conduzir o investigador a algum lugar, entendeu-se que essas precisariam ser investigadas para saber onde, exatamente, nos levariam. Parte desses indícios estava delineado no banco de dados em ações judiciais desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES), que expressavam o confronto das prescrições médicas em relação aos medicamentos que não foram incorporados ao SUS, associada à decisão de cidadãos brasileiros de pressionar o sistema a se responsabilizar e arcar com os custos de seus tratamentos, por meio de decisões judiciais. Os dados reforçavam a hipótese já defendida por outros pesquisadores de que a grande maioria das ações judiciais envolviam medicamentos de alto custo (PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012, ANDRADE *et al*, 2008).

Diante desse cenário, fortaleceu-se a importância de realizar um estudo mais aprofundado sobre o papel da indústria farmacêutica na Judicialização da Saúde, que resultou na pesquisa para construção dessa tese. O caminho escolhido para o referido aprofundamento nos levou a encontrar outras fontes de dados que pudessem esclarecer a variedade de situações e de problemas apresentados nas ações judiciais analisadas. O estudo de Andrade *et al* (2008) sobre o perfil das ações judiciais no Estado de Minas Gerais não só mapeou as características dos pacientes demandantes das ações judiciais, dos medicamentos demandados e dos médicos que assinaram as prescrições, como também elucidou a presença de outros agentes envolvidos nessas ações, os quais eram vinculados ao sistema judiciário. Essa diversidade indicava que era preciso investigar mais detalhadamente a forma como esses diferentes atores sociais envolvidos na judicialização de medicamentos, viam essa movimentação e qual interpretação eles davam para suas próprias atuações. Nas peças processuais e sentenças, foi possível identificar os diferentes informantes-chave, envolvidos nas ações judiciais, representados por médicos, advogados, magistrados, gestores, promotores, defensores públicos e pacientes.

Apesar de os dados analisados permitirem constatar que houve um aumento significativo no número de ações judiciais, eles não esclareciam o que teria motivado, por exemplo, os profissionais de saúde a conceder a prescrição de um medicamento que seria usada em um processo judicial. O que os teria motivado a tomar essa decisão? Seria o desconhecimento da política pública relacionada àquele tipo de demanda? Seriam os interesses da indústria farmacêutica que os levavam a prescrever medicamentos fora da lista de medicamentos do SUS, como forma de pressionar a inclusão dos mesmos na política pública? Seriam outros fatores ainda a serem configurados? O aspecto mais contundente deste estudo talvez esteja na avaliação da interação entre redes sociais e o papel dessa macro interação da indústria farmacêutica no fenômeno da judicialização. Até que ponto essa articulação pode ser considerada como fator interveniente nas políticas públicas de saúde no Brasil?

Assim sendo, o objetivo geral da tese é analisar como os atores que estão envolvidos nos processos judiciais que demandam medicamentos, têm interpretado as ações da indústria farmacêutica frente ao crescente movimento de judicialização. Como objetivos específicos buscou-se apresentar como os médicos percebiam a interação da indústria farmacêutica com a prescrição médica nas ações judiciais; analisar como os representantes jurídicos (advogados particulares) se relacionam com os clientes que buscam a judicialização para demandas em saúde e como um defensor público representa os assistidos na busca por garantir o direito à saúde considerando todos os fatores e interesses envolvidos que não somente a defesa do direito; identificar como a gestão dos serviços, na perspectiva do gestor e de um promotor de justiça, que atua diretamente nesse contexto, buscam alternativas para mediar os litígios, no intuito de evitar ou amenizar os impactos das ações judiciais nas políticas de saúde do SUS; e por fim analisar como os magistrados assimilam todos os fatores envolvidos na judicialização como: as necessidades em saúde dos pacientes, papel da indústria farmacêutica e impactos na gestão para tomarem as suas decisões.

No sentido de organizar essa investigação, a tese está estruturada da seguinte maneira: na introdução é apontado o problema de pesquisa e a justificativa para o estudo. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico sobre o qual se sustentam os pressupostos acerca do tema pesquisado. Identifica-se nos estudos analisados um possível envolvimento da indústria farmacêutica nas ações judiciais em saúde. E por fim, destaca-se o contexto histórico que contribuiu para a grande participação da indústria na saúde que a colocou como eixo central de um complexo econômico. O terceiro capítulo apresenta a teoria do Interacionismo Simbólico, abordagem teórico-metodológica que fundamenta os métodos qualitativos utilizados na coleta e análise dos dados. O capítulo aborda também a forma de seleção dos sujeitos e o processo de elaboração e execução das entrevistas. No capítulo quatro são apresentados a forma de construção das entrevistas, o processo de análise que gerou os resultados da pesquisa com a percepção dos diversos atores acerca do fenômeno da judicialização da saúde, com destaque para possível intervenção da indústria farmacêutica.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem protagonizado um debate cada vez mais complexo. Tal foi a expansão da judicialização nos últimos anos que, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça passou a formular estratégias e diretrizes para a atuação judicial em saúde, prenunciando uma inédita “política judiciária” no setor (ASENSI; PINHEIRO, 2015). As decisões judiciais buscam garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, mas interferem na decisão da alocação de recursos, em contradição, ao princípio da equidade em saúde (PEPE *et al*, 2010a; VENTURA *et al*, 2010). Os conflitos tornam-se mais graves quando se considera que, no vértice de tais decisões, encontra-se uma prescrição médica (ANDRADE *et al*, 2008; DELDUQUE; CASTRO, 2015). Os saberes médicos que fundamentam os diagnósticos que dão suporte às decisões judiciais estão associados a inúmeras especialidades da medicina, o que torna ainda mais complexo o universo por meio do qual se tem efetivado a judicialização da saúde no país.

O volume de processos e o dispêndio de recursos públicos, especialmente para estados e municípios, põe em cena, atores ainda pouco examinados, nesse contexto, como os médicos, advogados, defensores públicos, promotores de justiça, gestores e magistrados com a percepção que possuem sobre a indústria de fármacos e equipamentos médicos (CAMPOS NETO *et al*, 2012; CHIEFFI; BARATA, 2010). Muitas das ações judiciais executadas em estados brasileiros foram analisadas em profundidade por Asensi e Pinheiro (2015) em um estudo multicêntrico no qual explicitam a expansão e a consolidação da judicialização em seis Tribunais de Justiça, em 2011 e 2012. A partir destas configurações estaduais, os autores destacaram o aumento do protagonismo do Judiciário para se efetivar o direito à saúde, identificando sua presença, seja em uma pequena Comarca do interior ou no Supremo Tribunal Federal.

Esta tese faz parte de um estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, que identificou ações contra o estado entre 1999 e 2009 (ANDRADE *et al*, 2010). O banco de dados construído pelo GPES contemplava 6112 ações judiciais com 10078 pedidos de medicamentos, incluindo 802 fármacos diferentes. A maioria dos beneficiários das ações eram do sexo feminino (53,9%), com predomínio dos beneficiários com mais de 40 anos (51,1%). Dentre as doenças e medicamentos mais frequentes destacaram-se artrite reumatoide e espondilite anquilosante (adalimumabe, etanercepte e infliximabe), diabetes mellitus (insulina glargina) e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (brometo de tiotrópio). Predominaram representações jurídicas por advogados particulares (62,1%) e atendimento por médicos do

sistema privado (84,9%). As especialidades médicas que estiveram mais presentes nas ações judiciais foram: reumatologia (17,9%), 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. Os quatro escritórios de advocacia responsáveis pelo maior número de ações contemplaram 61,8%, além dos tipos de medicamentos solicitados, destaca-se a presença de dois medicamentos: adalimumabe e etanercepte. Os três médicos com maior número de prescrições contemplaram 10,9% dos pedidos. Assim como os resultados encontrados para os escritórios, os medicamentos que mais apareceram prescritos foram adalimumabe e etanercepte. Os três médicos eram reumatologistas, atuavam no setor privado e prescreveram medicamentos para artrite reumatóide. Observou-se relação entre os médicos e escritórios de advocacia nas solicitações dos medicamentos. Entre as ações representadas pelo escritório A, 43,6% tiveram o médico X como prescritor do adalimumabe. O médico X também foi o principal prescritor das ações que envolveram o medicamento etanercepte, as quais foram representadas pelos escritórios B e C. No escritório B, o médico X foi o prescritor em 9,0% das ações e, no escritório C, em 12,3% das ações (CAMPOS NETO *et al*, 2012).

Como se verá mais à frente, uma parte significativa do conteúdo das entrevistas que foram feitas com os médicos, teve como foco a possível intervenção que as indústrias poderiam ter tido nas suas respectivas prescrições, que desencadearam ações judiciais por medicamentos em Minas Gerais. Essas questões relativas aos custos dessas ações, os impactos sobre o orçamento da área da saúde estadual também foram aplicadas aos advogados das ações, ao promotor, ao defensor público, aos juízes e ao gestor. Assim pode-se observar adiante qual leitura os sujeitos da pesquisa fizeram sobre as questões econômicas envolvidas nessas ações judiciais. Mas existem outros fatores que também foram analisados na tese que não envolveram apenas a questão econômica, e que também impactam, na gestão pública. Trata-se da intervenção do Judiciário no modo de prestar assistência aos pacientes, bem como as penalidades, até mesmo criminais aos gestores. Com as ações judiciais, os gestores sejam no nível federal, estadual ou municipal, tiveram a determinação de comprar medicamentos sob pena de sofrerem sanções judiciais caso a ação judicial não fosse cumprida, mesmo com risco sanitário de medicamentos indevidos (ANDRADE *et al*, 2008; SANT'ANA *et al*, 2011).

## **2.1 O cotidiano da Judicialização da saúde**

A realidade do cotidiano da judicialização da saúde no país, não se esgota nas abordagens acadêmicas. As decisões judiciais além do impacto na política de saúde, pode provocar um grande constrangimento social, pela prerrogativa do Judiciário em aplicar sanções aos gestores públicos por descumprimentos das ordens judiciais. Nesse aspecto, destaca-se os pedidos de prisão e multas. Tais informações podem ser encontradas em alguns portais de oficiais de justiça, conselhos estaduais de saúde e em outros veículos dessa natureza, além de jornais de mídia e grande circulação. De certa forma, essas informações permitiram visualizar alguns aspectos que na prática compõem a judicialização e evidenciam não somente o constrangimento dos gestores públicos, como também os diferentes pontos de alcance das decisões. A seguir são descritas alguns desses casos.

Uma decisão judicial foi publicada no dia 21 de julho de 2010, no Portal de Notícias Mídia News de Mato Grosso<sup>1</sup>:

Determino que o réu tome todas as providências para que o autor seja imediatamente submetido ao tratamento cirúrgico de angioplastia de ADA e carótida interna direita com Stent, incluindo o suporte de UTI, em hospital que disponha de equipe especializada para o tratamento da patologia que o acomete, seja da rede pública ou particular, conveniada ao SUS, fornecendo-lhe todos os medicamentos e procedimentos necessários, de acordo com indicação do seu médico, até sua total recuperação, sem qualquer custo ao paciente”, diz um trecho decisão. Passados dois dias, (a advogada) informou ao Juízo o descumprimento da liminar. Diante disso, uma nova decisão foi expedida (pelo juiz), desta vez, em 15 de julho. "Intime-se o Réu, na pessoa do Senhor Secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso, para que proceda ao imediato cumprimento do Mandado de Cumprimento de Liminar expedido em 13/07/2010, de forma integral e satisfativa", diz um trecho da nova decisão. No mesmo despacho, o (magistrado) alertou para as sanções: "Outrossim, advirto-o das sanções civis, penais e administrativas que poderão ser aplicadas cumulativamente, conforme a Lei e o Provimento nº. 56/2008 da CGJ/TJ/MT, entre as quais multa, bloqueio de valores e encaminhamento à Depol mais próxima do Fórum para lavratura de Termo Circunstanciado por delito de prevaricação (art. 319 do Código penal)". O descumprimento por parte do Estado persistiu e, nesta terça-feira (20), (o magistrado) determinou que o secretário de Estado de Saúde, (Senhor Beltrano), fosse conduzido à Delegacia de Polícia, para lavratura de um Termo Circunstanciado de Ocorrência, pelo crime de prevaricação.

O passo a passo do processo é descrito em detalhes, com a posição dos agentes envolvidos (juiz e advogada), incluindo o oferecimento de todos os medicamentos prescritos pelo médico do paciente, as conexões que deverão ser estabelecidas entre os órgãos (hospitais, SUS, CTI), a cirurgia, o tratamento, o acompanhamento (seja com suporte público ou privado). Enfim, o texto mostra que o alcance da decisão judicial não atinge apenas o fornecimento de

---

<sup>1</sup> COSTA, Antonielle. Polêmica judicial atrasa tratamento de aposentado em MT: caso já rendeu até decretação de prisão do secretário de Saúde; demora põe em risco vida de idoso de 69 anos. Mídia News, Cuiabá, 21 jul. 2010. Disponível em: <http://midianews.com.br/cotidiano/polemica-judicial-atrasa-tratamento-de-aposentado-em-mt/27468>. Acesso em 12 de maio de 2015.

medicamentos ou tratamento. O poder Judiciário, no caso acima, interfere diretamente na rotina do serviço público que, por sua vez, está sob a responsabilidade do Poder Executivo.

Outra reportagem analisada na pesquisa foi escrita por Alcinéa Cavalcante e publicada no INFOJUS/BRASIL, Portal dos Oficiais de Justiça do Amapá, em 10 de junho de 2014<sup>2</sup>. Na mesma, foi descrito claramente a pressão do Judiciário sobre a gestão pública e a rápida tomada de decisão do mesmo para evitar que o gestor respondesse por prevaricação. Tanto nessa reportagem como na anterior, os informantes não dizem por que razão as demandas não foram respondidas pelos gestores. Nenhuma informação sobre recursos públicos, nada sobre o valor do tratamento ou do medicamento que está sendo demandado. Em suma, as reportagens, à medida que omitem uma série de outras informações limitam o entendimento do confronto que se deflagra entre Executivo e Judiciário. A seguir é reproduzida a notícia.

O desembargador, do pleno do Tribunal de Justiça do Amapá. Mandou prender na manhã de hoje secretário de estado da saúde do Amapá por desobediência. Desde abril, a justiça vem notificando a Secretaria de Saúde para que proceda a compra de um medicamento *prescrito por médico da rede pública* para um paciente de câncer. Depois de notificar quatro vezes o secretário de saúde, desembargador decidiu expedir um mandado de prisão contra o secretário por desobedecer ordem judicial. O mandado foi cumprido na manhã de hoje, por volta das 10h, por um oficial de justiça e dois policiais da Casa Militar do TJAP. O secretário foi levado para o Tribunal de Justiça onde assinou um termo consubstanciado e comprometendo-se a cumprir a ordem judicial. *Depois de alguns telefonemas, o governo comprou o medicamento que imediatamente foi levado para o paciente e o secretário foi liberado* (CAVALCANTE, 2014, os grifos são nossos).

Vale notar que a reportagem destaca que o profissional que prescreveu o medicamento e o tratamento era um médico do setor público e não privado. Teria essa informação alguma importância para justificar a ação judicial? Um profissional vinculado ao sistema público de saúde ao prescrever um medicamento que não estaria disponível no SUS justificaria a ação do desembargador? Outro ponto a ser realçado é que a reportagem destaca que o secretário após alguns telefonemas liberou em segundos, utilizando presumivelmente recursos que há meses não apareciam. Teria aí alguma mensagem extra a ser passada para reforçar ainda mais a decisão do desembargador? Questões dessa natureza perpassaram as entrevistas da pesquisa, como se verá adiante.

Por fim apresenta-se mais uma reportagem que traz detalhes que reforçam o que vários pesquisadores consideram como desvios de procedimentos que tem impacto em diferentes esferas da política de medicamentos no Brasil, e que por vezes elas não são observadas pelos

---

<sup>2</sup> CAVALCANTE, Alcinéa. Justiça manda prender o secretário de saúde do Amapá. INFOJUS Brasil, Macapá, 14 jun. 2014. Disponível em <http://www.infojusbrasil.com.br/2014/06/justica-manda-prender-secretario-de.html>. Acesso em 12 de maio de 2015.

magistrados. Segue a reportagem que foi publicada no Repórter MT<sup>3</sup>, sítio de notícias vinculadas à região do Centro-Oeste brasileiro, com foco no Mato Grosso:

O juiz da 1ª Vara Especializada da Fazenda Pública de Cuiabá, determinou a intervenção cirúrgica ortopédica imediata, dentro de um prazo de 72 horas, em favor do paciente Beltrano e, em caso de descumprimento, o magistrado autoriza a prisão em flagrante dos secretários de Saúde (Estado) e municipal (Cuiabá). A prisão em flagrante se daria pelo crime de desobediência. O juiz adverte que o caso pode “acarretar sanções por ato de improbidade administrativa, resultando inclusive em imposição de penalidade de suspensão dos direitos políticos. Pela gravidade do caso, o juiz dispensa licitação e fala em bloqueio judicial de contas, caso seja necessária uma internação em estabelecimento particular. Garante ainda suporte em UTI e indica Tratamento Fora de Domicílio, se o Estado não tiver condições técnicas de fazer a intervenção (WERNECK, 2015).

Nesse caso, pode-se ver que a ação afeta não só a gestão pública como a vida pessoal dos secretários ameaçando-os de suspensão de direitos políticos. E ainda, informa sobre o bloqueio judicial de contas do estado, além de liberar de licitação a compra de medicamentos. Como a pesquisa é realizada em Minas Gerais, foram procuradas reportagens com conteúdo semelhante na mídia mineira, contudo, a busca não retornou nenhuma matéria jornalística que tratasse especificamente de mandados de prisão contra gestores ou membros do executivo. Contudo, várias reportagens foram publicadas na mídia mineira com destaque para o crescimento nos gastos com ações judiciais, como pode ser visto na reportagem “Remédio amargo para a saúde”<sup>4</sup> em que a repórter Amanda Almeida mostra que, de 2002 ao primeiro semestre de 2011, o gasto com ações cresceu de R\$ 164 mil para R\$ 46,3 milhões, um aumento de 28.333%. Outra reportagem do mesmo jornal<sup>5</sup>, mas em setembro de 2012, destaca além do crescente gasto que chegou a R\$ 93,8 milhões em 2011 com as ações judiciais, as decisões abusivas que aconteceram:

A lata de leite especial requisitada custava R\$ 400,00, sendo que poderia ser substituída por uma de R\$ 90,00. (...) por determinação da Justiça, há seis meses entregamos a uma paciente uma dieta de coxinhas e empadinhas especiais, por recomendação de uma nutricionista. (...) há casos de pacientes para os quais as medicações custam R\$ 1 milhão mensal, sem eficácia comprovada por estudos científicos (EVANS, 2012).

Novas reportagens apareciam na mídia mineira nos anos seguintes. Em janeiro de 2013, reportagem do jornal Metro<sup>6</sup> mostrava que os gastos do Estado de Minas Gerais com

<sup>3</sup> WERNECK, Keka. Juiz manda prender secretários de Saúde de MT e de Cuiabá, caso paciente não seja operado. Repórter MT, Cuiabá, 19 fev. 2015. Disponível em: <http://www.reportermt.com.br/judiciario/juiz-manda-prender-secretarios-de-saude-de-mt-e-de-cuiaba-caso-paciente-nao-seja-operado/43354>. Acesso em 12 de maio de 2015.

<sup>4</sup> ALMEIDA, Amanda. Remédio amargo para a saúde. Estado de Minas. Caderno Política, p.6, Belo Horizonte, 14 de julho de 2011.

<sup>5</sup> EVANS, Luciane. Receita do SUS paga até ‘salgadinho terapêutico’. Estado de Minas, Caderno Gerais, p. 17, Belo Horizonte, 17 de setembro de 2012.

<sup>6</sup> RICCI, Thiago. Sentenças dobram gasto do Estado com medicamentos. Metro, p.3, Belo Horizonte, 9 de janeiro de 2013.

medicamentos dobravam, considerando-se que pela Política Estadual de Medicamentos foram destinados R\$ 140 milhões e outros R\$ 113 milhões foram pagos com as demandas judiciais. A reportagem acrescentava que nos últimos quatro anos, 2008 a 2012, houve crescimento de 169% nos gastos do governo de Minas com as decisões judiciais. No mês de julho do mesmo ano, reportagem do jornal Super Notícia<sup>7</sup> mostrava crescimento no número de ações próximo a 3700% entre 2003 e 2013. A reportagem fazia outro destaque importante, 70% das cerca de 700 demandas judiciais mensais eram por medicamentos que possuíam genéricos ou similares ofertados pelo SUS. No texto foi relatado que o secretário executivo do Conselho de Secretários de Saúde, Jurandi Frutuoso, apontava o *lobby* das indústrias que controlam o mercado como pano de fundo da judicialização. E o secretário acrescentou: “Muitas vezes, os médicos podem ter outras influências que ultrapassam a necessidade do paciente”.

Por outro lado, a dimensão grandiosa que a judicialização ganhou nos últimos anos fez com que essa via de acesso, parecesse para os cidadãos uma nova forma de acessar o SUS. Em artigo da Folha de São Paulo<sup>8</sup>, Octávio Ferraz e Daniel Wang destacaram que a judicialização da saúde criava um SUS com duas portas: uma para os que acessam ao Judiciário e outra para toda a população que não possui esse acesso. Essa dimensão ganha vulto como mostra reportagem em Minas Gerais, os pacientes passam a entender a via judicial como uma porta de entrada para o SUS e começam a cobrar melhor atendimento e agilidade para a resolução dos processos. Com esse olhar foi publicada em junho de 2014, reportagem intitulada “Acesso a remédio ou tratamento “especiais” fica à mercê da sorte”<sup>9</sup>. Na matéria foi destacado que em cerca de 40% dos casos os processos são negados, segundo levantamento feito por comitê do CNJ. Na matéria é demonstrada a posição de Talita Viza Dias, pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), que em sua dissertação de mestrado, mostra que existe falta de critérios nas decisões:

“Cada magistrado tem uma concepção, alguns são mais liberais, outros conservadores, alguns pensam mais no Estado, outros na Constituição. Com base nessas visões, cada um faz sua interpretação. (...) É preciso criar parâmetros sobre questões que já poderiam ser resolvidas”.

A reportagem mostra que os pacientes ficam ansiosos pelo resultado final da ação judicial, como se esta via fosse uma verdadeira porta de entrada para o SUS, como se vê na fala

---

<sup>7</sup> TEIXEIRA, Tâmara. Ações na justiça aumentam 3700%: governo sugere que médicos receitem por princípio ativo, e não por laboratórios. Super Notícia, Cidades, p. 7, 4 de julho de 2013.

<sup>8</sup> FERRAZ, Octavio e WANG, Daniel. As duas portas do SUS. Folha de São Paulo, Opinião, p. A3, São Paulo, 19 de junho de 2014.

<sup>9</sup> CÂMARA, Luciene. Acesso a remédio ou tratamento ‘especiais’ fica à mercê da sorte. O Tempo, Cidades, p.26, Belo Horizonte, 22 de junho de 2014.

da filha de uma paciente: “Tenho medo de que a decisão seja contrária”. Com essas reportagens, encerra-se a descrição do pano de fundo sobre o qual a tese tem sido construída, junto com o quadro teórico com o qual se buscará dialogar mais à frente quando da apresentação dos dados empíricos.

## **2.2 A judicialização na conformação do complexo industrial na saúde**

O fato de ter, como centro do estudo, o papel da indústria farmacêutica, exigiu uma leitura mais densa acerca dos determinantes sócio históricos que estão na base do crescimento do comércio industrial de medicamentos no Brasil. Este crescimento, entretanto, é profundamente contaminado pela lógica produtiva do capitalismo na sua globalidade. Inúmeros estudos apontam, desde o final do século XX, a expansão do setor farmacêutico, classificando-o entre os mais presentes em todos os países e com lucro gigantesco (CORDEIRO, 1984; GADELHA, 2002, 2003 e 2006; GADELHA e ROMERO, 2007; GADELHA e MALDONADO, 2008; SOARES e DEPRÁ, 2012).

São vários os cenários em torno dos quais o complexo mercado industrial farmacêutico se constituiu no Brasil. Este complexo é considerado por Hésio Cordeiro (1983) como um “conceito” (CORDEIRO, 1983), Gadelha (2002) mais recentemente denomina “modelo”, para garantir a padronização na tese será utilizado o termo modelo. Os componentes de cada um desses cenários, segundo os autores acima citados, foram captados e, posteriormente, analisados por dois modelos dos quais participaram inúmeros pesquisadores brasileiros que buscaram dar um corpo conceitual ao complexo sistema nacional de saúde. O primeiro modelo teórico é denominado Complexo Médico-Industrial (CMI) e o segundo Complexo Industrial da Saúde (CIS) (CASAS, 2008). Ambos forneceram elementos que ajudaram a desvendar e analisar dados que foram coletados para a tese. Contudo, foi necessário acrescentar novos componentes que os complexos não contemplavam em suas formulações originais, no caso, o novo cenário das ações judiciais em saúde.

Embora os dois modelos supracitados tenham sido abrangentes e úteis para se avaliar as políticas de saúde no Brasil, Andrade *et al* (2008) indicam que, no final da primeira década do século XXI, existiam poucos estudos sobre o fenômeno da judicialização da saúde. Neste artigo, os autores mostram que, nas formulações originais, não se encontravam referências sobre o impacto que a judicialização poderia provocar no complexo sistema nacional da saúde. Mas que diferença esse fenômeno poderia trazer para se compreender a complexidade sistêmica?

Os referidos autores mostram que a entrada do judiciário nesse cenário introduzia no debate travado entre os dois modelos teóricos um fenômeno extremamente complexo. É a partir dele que se observa o conflito entre Judiciário e Executivo no que tange a garantia do direito à saúde. O dado novo que entra em cena e que não pode ficar fora de uma análise mais abrangente sobre as políticas econômicas da saúde é a presença de mecanismos jurídicos que constroem e aumentam a pressão sobre os gestores da saúde para cumprir as demandas judiciais (ANDRADE *et al*, 2008).

Estes constrangimentos, segundo os autores, levam o gestor a decidir sobre a alocação de recursos, em um setor como o da saúde que vive sempre subfinanciado e por isso torna-se permeável às pressões externas de grupos de interesses e lideranças políticas. Dito de outra forma, outros autores mostram que esses constrangimentos introduzidos pelas ações judiciais não podem, de forma alguma, serem reduzidos a uma análise puramente econômica, voltada exclusivamente para questões orçamentárias, pelo fato de ultrapassarem a alocação de recursos limitados, tornando-se processos criminais para os responsáveis pela gestão do sistema de saúde (BARROSO, 2008; CHIEFFI e BARATA, 2009; LEIVAS, 2006; VENTURA *et al*, 2010).

Retomando os dois modelos (Complexo Médico-Industrial e Complexo Industrial da Saúde), serão detalhados a seguir alguns pontos específicos que foram incorporados à pesquisa. O objetivo dessa construção não é somente apresentar o cenário no qual este estudo se realizou. Serão mostrados os aspectos teóricos e metodológicos que auxiliaram na análise de dados e na construção de possíveis pressupostos que relacionam ações judiciais em Minas Gerais, com o complexo mercado industrial farmacêutico. Como já anunciado anteriormente, um dos modelos por meio do qual se estudou o papel da indústria farmacêutica nas políticas de medicamentos no Brasil é denominado Complexo-Médico Industrial (CMI). Este modelo, como destaca Vianna (2002) é utilizado desde a década de 80, no Brasil, para destacar as diversas e complicadas relações entre a saúde e a economia.

Vale ressaltar que a grande referência ao CMI, no Brasil, aparece na obra de Hésio Cordeiro (1983; 1984 e 1985), autor que inova o citado modelo que tem origem no trabalho sociológico de teóricos estadunidenses de inspiração marxista cujo objetivo era criticar, naquele momento, a intervenção do complexo industrial nos serviços de saúde nos Estados Unidos (DUPUY; KARSENTY, 1980; NAVARRO, 1974, 1976; WAITZKIN; WATERMAN, 1974). Os estudiosos da época buscavam também conhecer, em profundidade, como esse modelo refletia na formação profissional médica dos jovens norte-americanos. A seguir serão apresentados alguns aspectos sócio históricos de como o referido modelo foi construído em sua origem e o que dessa produção foi selecionado para compor a tese.



### *2.2.1 As origens do Complexo Médico-Industrial (CMI)*

O sociólogo norte-americano, Howard Waitzkin (1980), pautado em uma ampla revisão bibliográfica composta de estudos que utilizavam a dialética materialista de Karl Marx para analisar o papel do atendimento médico nos Estados Unidos, encontra um grande material sobre o tema na produção intelectual da área da saúde. Segundo Waitzkin, embora essa abordagem proliferasse na sociedade norte-americana, na década de 1960, ela não era nova. Em seu material de pesquisa, esse autor reconhece o pioneirismo dessa abordagem na obra do filósofo Friedrich Engels (1845) em que este analisava, entre 1842 e 1844, as condições de moradia dos trabalhadores e, além delas, a condição de trabalho nas primeiras indústrias que emergiam no mundo moderno, vinculadas ao capitalismo britânico. Ao associar essas duas condições, Engels descreveu os estados de penúria que afetavam a saúde dos operários na sua totalidade, que, naquela ocasião, além de abranger o universo de adultos homens das classes trabalhadoras, incluía também, a população feminina e a de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, indiscriminadamente (WAITZKIN, 1980).

Em síntese, na concepção de Waitzkin (1980), é por influência da teoria de Engels que pensadores de formação marxista, como Dupuy e Karsenty, Navarro, Cannings e Stevenson passaram a considerar o impacto do complexo industrial no mundo do trabalho, associando-o ao atendimento de serviços de saúde, sobretudo, da população das novas classes de trabalhadores da indústria. Estes serviços, segundo os defensores desse tipo de abordagem, não podiam mais ficar limitados apenas a fatores médicos hospitalares e ambulatoriais. Era necessário introduzir, nos estudos sobre o atendimento à saúde, as condições de vida das pessoas produzidas nas sociedades industriais, como a desnutrição, moradia precária, consumo de água contaminada e aglomeração de pessoas (DUPUY e KARSENTY, 1980; SCHNALL, 1977; WAITZKIN, 1980).

De acordo com Waitzkin (1980), o enfoque dialético de Engels acerca dos problemas de saúde teria tido um efeito profundo no surgimento da Medicina Social na Europa Oriental. Um dos pesquisadores influenciados pela teoria de Engels foi o cientista e médico polonês, Rudolph Virchow (1821-1902), responsável, segundo Waitzkin, pela popularização do conceito medicina social no lado ocidental da Europa. Ao investigar epidemias de doenças infecto contagiosas, em áreas rurais, na Prússia, em 1847, Virchow e sua equipe, após uma densa análise dos resultados, não indicavam, de forma alguma, soluções especificamente médicas tais como criação de clínicas ou de hospitais, nas regiões afetadas. Ao contrário, segundo Waitzkin, recomendavam:

Uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos (WAITZKIN, 1980, p. 9).

Em resumo, as recomendações acima, mostram de forma clara que, para Virchow, a origem das doenças era multifatorial. Por isso, entendiam que o sistema efetivo de atendimento não poderia se limitar ao tratamento de distúrbios patológicos individuais dos pacientes. Para eles, diz Waitzkin:

O sucesso nas melhorias do sistema de atendimento de saúde devem coincidir com profundas transformações econômicas, políticas e sociais. Estas últimas geralmente incidem sobre os privilégios de riqueza e poder exercido pela classe dominante da sociedade e, por isso, encontram resistências para ocorrer (WAITZKIN, 1980, p 9).

Virchow defendia, no final do século XIX, a ideia de que as responsabilidades do médico/cientista com frequência envolviam a ação política direta (WAITZKIN, 1980). O sanitarista polonês valorizou de sobremaneira os problemas sociais e culturais para explicar a causa das doenças. Era um sanitarista que corroborava a divisão das epidemias em naturais e culturais, sendo a história destas últimas, os distúrbios experimentados pela cultura, das perturbações e transformações na sociedade (ROSEN, 1994 [1958]). Ao usar esse modelo para falar da prática médica, o que via era que muitos dos médicos por serem de classe média não conseguiam ver a dimensão social das doenças e das infecções (ROSEN, 1994 [1958]). Mas apesar da grande difusão da teoria da medicina social, a mesma não resiste, a partir de 1840, à pressão dos governos europeus que instituíram políticas sociais conservadoras em discordância com o modelo proposto pela medicina social (WAITZKIN, 1980).

Diante dos problemas de saúde que mais afetavam o século XIX, agravados pelo crescimento populacional urbano, que trouxe epidemias e, conseqüentemente doenças infecciosas. Tais doenças afetavam principalmente as aglomerações residenciais desordenadas, sem tratamento de água e esgoto, contudo, para os governos nacionais europeus, a escolha foi pelas pesquisas laboratoriais para descobrir os agentes causadores e medicamentos, vacinas e soros para combatê-los, sem execução de medidas sanitárias resolutivas (BERRIDGE, 1999 e 2000; NUNES, 2011; SEVALHO, 1993 e WAITZKIN, 1980).

No embate entre os interesses que confrontavam objetivos opostos sobre o modelo hegemônico, relativo ao que seria o melhor para combater os problemas de saúde, no contexto europeu, venceu a ideia de buscar as causas das doenças infecciosas (teoria do germe) em detrimento das ações de melhoria das condições sanitárias para a saúde pública. Rosen (1994 [1958]) descreveu em sua obra as transformações de ordem médica do século XVIII para o século XIX e deste para o século XX, classificou o período entre 1875 e 1950, como a Era

Bacteriológica. Embora os relatos registrados por Rosen (1994 [1958]) mostrassem que essas descobertas sobre as bactérias existissem muito antes na história de muitas doenças, foi apenas no século XIX, que se chegou a consolidar as referidas descobertas articulando a observação da manifestação de doenças na população com o uso intenso dos microscópios. Rosen (1994 [1958]) destaca inúmeros estudos relacionados a diferentes bactérias causadoras de doenças como sarna, difteria, varíola, tifo, sífilis, cólera, entre outras. Tal direcionamento gerou grande mudança no diagnóstico médico e nos paradigmas terapêuticos. Esse movimento contou com bacteriologistas célebres. Dentre eles, Paul Ehrlich, Robert Koch, Louis Pasteur. Todos, de certa maneira, contribuíram para consolidar o paradigma unicausal da doença naquela época (WAITZKIN, 1980). Não há dúvida de que os experimentos e descobertas realizadas por esses bacteriologistas mudaram significativamente a prática médica. Entretanto, há outro dado importante que, ficou obscurecido e por isso as medidas da medicina social não ganharam destaque. Trata-se de evidências que já tinham sido publicadas em revistas científicas que tratavam da diminuição nas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas às doenças infecciosas que foram registradas na Europa ocidental e nos Estados Unidos. Os dados mostram que as reduções nessas taxas aconteceram antes da descoberta dos agentes etiológicos e da produção dos antimicrobianos em razão das medidas sanitárias (BONITA, BEAGLEHOLE e KJELLSTROM, 2010; YUNES, 1971; WAITZKIN, 1980).

Nesse contexto, temos um exemplo histórico que aconteceu durante a Guerra da Criméia (1853-1856). A Guerra da Criméia foi uma disputa entre a Rússia e as forças aliadas da França, Inglaterra e Turquia, na Península da Criméia. A situação que se encontrava os soldados mobilizou a opinião pública, que exigiu do governo uma solução imediata para reverter o quadro. Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, com sua equipe composta por 38 mulheres, partiram no dia 21 de outubro de 1854 para atender os feridos da guerra. Encontraram um hospital que havia sido improvisado (tal como um “hospital de campanha”) com milhares de feridos da guerra. Eram trazidos por barcos que vinham superlotados, com vários feridos, doentes e moribundos, com amputações, disenteria e cólera. Durante a viagem não era prestado nenhum tipo de assistência e/ou cuidados médicos adequados. Eram muitos os que necessitavam de cuidados, e as condições sanitárias desse hospital eram impróprias, muitos feridos deitados no chão, poucos sanitários, falta de suprimentos para alimentação ou higiene e escassez de roupa e material, o que obrigava os pacientes a continuar com seus uniformes sujos de sangue e terra. O índice de mortalidade podia atingir até 75%. Florence acreditava que para a cura e a prevenção da doença, o homem teria que ter condições favoráveis de higiene, limpeza do ambiente, boa alimentação, repouso

necessário e assistência médica, seguida de acompanhamento da enfermagem. Após seis meses o quadro epidemiológico foi revertido, Florence Nightingale conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados feridos e sob os seus cuidados no hospital para 2% (MOREIRA *et al*, 1995).

O século XIX, na Europa, também contou com ações para a saúde pública, com a Polícia Médica, desenvolvida por Peter Frank que teve uma densa produção com recomendações direcionadas para a supervisão de saúde das populações, incluindo a regulamentação da educação médica, supervisão de estabelecimentos de saúde, como farmácias e hospitais, medidas de prevenção as epidemias, enfrentamento do charlatanismo e informação para a população (ROSEN, 1994 [1958]). Com o crescente processo de industrialização, aconteceu o aumento dos trabalhadores assalariados e também o agravamento das condições sanitárias nas populações que construíam as cidades, o que obrigou o Estado a responder com medidas voltadas para a saúde pública. Embora o apogeu da bacteriologia tenha levado a um destaque a dimensão técnica, concepções mais expandidas surgiam no século XX, como a definição proposta por Charles Edward Winslow para a saúde pública:

Saúde Pública é a ciência e arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde (WINSLOW, 1920:30 – tradução livre apud VIEIRA-DA-SILVA; PAIM, SCHRAIBER, 2014, p. 5)

No Brasil, no início do século XX, surgia o denominado “sanitarismo campanhista”, com destaque para o controle da febre amarela urbana conduzido por Oswaldo Cruz e os grandes movimentos pela vacinação. Esse cenário passa a se desenvolver juntamente com a assistência médica individual dirigida aos trabalhadores com forte tendência privatista em um modelo hospitalocêntrico, com ações eminentemente curativas. Estava posto o contexto para surgimento do complexo médico-industrial (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM, SCHRAIBER, 2014).

### *2.2.2 Modelo do CMI no Brasil*

No Brasil, o CMI não teve o mesmo desenvolvimento que este complexo teve nos Estados Unidos. No caso brasileiro, como ressalta Cordeiro (1983; 1984; 1985), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), passou-se a fortalecer as tendências privatizantes e foram criadas as condições para o desenvolvimento do CMI. A criação do INPS propiciou a unificação

dos diferentes benefícios dos IAP's. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 ("Milagre econômico"), o pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros (NICZ, 1988). O CMI nasce, assim, de um processo crescente de capitalização de instituições privadas com recursos públicos para construção de grandes hospitais para reproduzir o modelo hospitalocêntrico importado dos Estados Unidos. Com essa proposição o modelo do CMI é discutido nesse trabalho. Buscou-se compreender as relações e construções da indústria da saúde com a prática médica (CASAS, 2008). Cordeiro (1983) mostra que a emergência do CMI refletia um momento crucial da política econômica brasileira. Esse complexo, na concepção de Cordeiro (1983) articula quatro componentes: o cuidado em saúde, a formação dos profissionais de saúde, a produção de equipamentos e de medicamentos. Para o autor, esses quatro componentes constituem o complexo médico-industrial e se conjugam por meio do Estado e suas políticas sociais. O conceito de CMI teve um valor histórico de descortinar a relação espúria entre o Estado (sistema previdenciário), empresas médicas (clínicas e hospitais particulares) e a indústria de equipamentos e insumos.

Sobre o tema foram produzidos estudos com intuito de analisar, nas suas diferentes perspectivas, como o CMI foi implementado na era da industrialização e as diferentes relações com as mudanças do regime político no Brasil (BAPTISTA, 2007; BRAGA; PAULA, 1986; BRAGA; SILVA, 2001). Baptista (2007), em sua revisão da História das Políticas de Saúde no Brasil, situa o CMI no contexto da ditadura militar:

O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário (BAPTISTA, 2007, p.40).

Em 21 de novembro de 1966 foi publicado o Decreto-Lei N° 72 que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que foi implantado, em 2 de janeiro de 1967 (BRASIL, 1966). Com o INPS foram reunidos vários institutos previdenciários de diferentes categorias profissionais (BRAGA; PAULA, 1986). Segundo Baptista (2007), essa fusão produziu ao mesmo tempo satisfação de uma parte dos beneficiários, mas, por outro lado, trouxe insatisfações, marcadas pelas diferenças sociais:

(...) afinal, com a unificação, a assistência dos institutos mais ricos podia também ser usufruída pelos contribuintes de outros institutos, que contribuía com valores menores e não apresentavam uma assistência de tão boa qualidade. Tal fato ocasionou

uma migração de pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, o que culminou em uma insatisfação geral (BAPTISTA, 2007, p.41).

Na visão de Baptista (2007), foram os tecnocratas vinculados ao Instituto de Aposentadoria dos Industriários (IAPI), com tendências altamente privatizantes, que criaram condições institucionais para o desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial. A forma como os trabalhadores e profissionais do mundo urbano se distribuía pelos Institutos foi claramente detalhado na tese de doutorado de Eduardo Bueno da Fonseca Perillo (2008), na qual o pesquisador investiga como foi feita a importação e implantação do modelo CMI para o Brasil. O autor denomina de Modelo Médico-Hospitalar, ou seja, ele formata o sistema de atenção à saúde focalizando-o na ação médica individual e tendo como o eixo o hospital. Como outros pesquisadores já citados acima, Perillo (2008) associa esse modelo à industrialização. A medicina, segundo ele, foi capturada pelos interesses do capitalismo nas primeiras décadas do século XX. Dentre os aspectos analisados, o referido autor analisa como o aumento do contingente de trabalhadores de diversas categorias cria uma nova demanda de assistência médica para os seus beneficiários (PERILLO, 2008).

Acurcio (2009), analisando outras situações em que se constata estreitamento da relação entre prática médica e a industrialização no Brasil, ressalta algumas mudanças que ocorreram, entre 1968 e 1975, período, no qual, se construía uma imagem de Milagre Econômico para se referir ao desenvolvimento do país. Esse período se caracterizaria pelo agravamento da desigualdade e exclusão social, gerando pressões dos diversos segmentos sociais para acesso a assistência médica previdenciária. A resposta naquele momento implicou em uma expansão da cobertura com oferta indiscriminada de consultas médicas. Assistia-se, naquele momento, à construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social. Bertolozzi e Greco (1996) mostram que um dos indicadores que mostravam a falência do milagre brasileiro que culminou em uma crise no padrão de financiamento da previdência social.

Madel Luz (1981) apresenta um claro retrato da relação entre a medicina e a iniciativa privada. Ao se referir aos cursos que se ofereciam naquele momento de crescimento industrial, a autora ressalta uma formação médica completamente dissociada da realidade sanitária do povo brasileiro. A autora deixa claro que é nesse contexto que surgem as especializações e as sofisticações tecnológicas, e a conseqüente dependência da indústria farmacêutica e dos equipamentos médicos hospitalares.

Gadelha há muito, insiste que esse processo de mercantilização da saúde está em curso no Brasil desde a segunda metade do século XX. O autor procura apresentar as estratégias que as indústrias de medicamentos e equipamentos médicos utilizam para interferir nas práticas médicas. Entretanto, esse fortalecimento como se verá mais à frente se consolida em outro enfoque teórico, o Complexo Industrial da Saúde (CIS) (GADELHA, 2001, 2002, 2003 e 2006). No enfoque do CIS destacam-se o conjunto das indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados e as organizações prestadoras de serviços de saúde que são consumidoras desses produtos e, conseqüentemente, possuem uma ligação de dependência com o setor industrial. O CMI se define mais propriamente como um espaço determinado pela imposição da dinâmica capitalista que estrutura relações no setor saúde com a prática médica, o processo de trabalho e o crescimento da indústria farmacêutica (CORDEIRO, 1983; CASAS, 2008).

Traduzindo o que esses modelos trouxeram para o cenário da saúde no Brasil, Andrade *et al* (2008) destacam o quanto a industrialização integrava o processo de modernização que relacionava inovação tecnológica, desenvolvimento econômico e mudança social. A inovação tecnológica era produzida pelas atividades científicas às quais as indústrias não só se associavam como as financiavam com milhões de dólares, a utilização na saúde se tornava crescente (ANDRADE *et al*, 2008). A isso, os autores acrescentam as diversas tecnologias de imagem que ampliam o poder explicativo das análises genéticas e, ainda, as vacinas, as novas terapêuticas e assim por diante.

Por meio desse constructo ideológico, de acordo com Casas (2008), se elaborou (a) o conceito de medicalização como um mecanismo para o controle político e social, (b) se consolidou o conceito de eficiência como um critério econômico para a prática da medicina e (c) o de eficácia como um paradigma para avaliar a precisão dos diagnósticos e das intervenções no alcance dos resultados esperados (CASAS, 2008). Por outro lado, existem estudos que analisam como esses conceitos camuflam interesses e intenções. Por exemplo, Lefèvre (1991), conceitua a medicalização como uma prática de um poder anônimo sem sujeito e sem classe social. Para outros, o conceito de eficiência do trabalho médico deixa completamente nebulosos os núcleos que, de fato, passam a dirigir as burocracias e os suportes da indústria (CASAS, 2008; OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006)

Completando a configuração do Complexo Médico-Industrial, ressaltam-se as observações que alguns autores fazem acerca das prescrições médicas (CHIEFFI; BARATA, 2010). Para alguns, como ressalta CASAS (2008), as prescrições são vistas como estratégias econômicas pelo fato de elas terem o poder de racionalizar a prática do profissional médico. As

prescrições são vistas também como uma estratégia ideológica, uma vez que contribuem para assegurar uma relação de força entre o médico e o paciente centrada em uma ilusão de eficácia técnica imanente a toda e qualquer prescrição (CASAS, 2008).

Analisando as prescrições médicas, alguns autores mostram como estas refletem a dinâmica das indústrias farmacêuticas no que tange às suas lógicas de inovação de produtos. Os laboratórios científicos aplicam aos medicamentos aquilo que Dupuy e Karsenty (1971, apud CORDEIRO, 1985) chamaram de obsolescência psicológica. Isto nada mais é do que um desgaste puramente simbólico de objetos. É uma técnica que os estrategistas empresariais lançam mão quando as indústrias que representam têm que aumentar a competitividade (MASCARENHAS, 2005). Para sobreviver no mercado mundial, os capitalistas, na percepção de Mascarenhas (2005), desencadeiam a redução ao máximo da vida útil dos produtos e serviços. Assim, os medicamentos sofrem também uma espécie de “usura psicológica”, como afirma Casas (2008). É isso que tem sido utilizado pela indústria farmacêutica para justificar a substituição de novos medicamentos, em curto espaço de tempo. Sintetizando, recupera-se o que diz Casas em suas conclusões:

O enfoque do Complexo Médico-Industrial tentou desenvolver um esquema de análise que evidenciasse as articulações entre a produção e a circulação de medicamentos, a prática médica e as políticas estatais do setor que determinariam as condições estruturais das práticas de consumo de medicamentos (...) os conceitos são remetidos às relações das classes com o Complexo Médico Industrial. São necessidades (...) cultivadas, inculcadas e conquistadas com base nas práticas econômicas, políticas e ideológicas que caracterizam as práticas institucionais do Complexo Médico-Industrial e das classes sociais (CASAS, 2008, p. 31).

Aproveitando o esquema de análise desenvolvido pelo enfoque do CMI, pode-se deduzir que o consumo de medicamentos está condicionado, como sugere Casas (2008), às práticas econômicas, políticas e ideológicas que, de certa forma, moldam as necessidades de consumo. Mas o que isso quer dizer? Que o consumo de medicamentos não segue necessariamente a lógica do uso para o fim ao qual inicialmente foi produzido. Este é modificado constantemente por seus produtores, movidos por outros interesses que seguem não as lógicas do bem-estar da saúde, mas, sim, a do capitalismo de mercado altamente competitivo. Karl Marx (1996 [1867]) em sua clássica obra, “O Capital: Uma crítica à Economia Política”, descreve os anseios dos capitalistas e a racionalidade instrumental praticada com o único propósito de produzir objetos com valor de uso, mas que possam adquirir rapidamente valor de troca. Abaixo uma citação de como o próprio Karl Marx apresenta o seu raciocínio, ao escrever sobre a apropriação que os capitalistas de indústrias, fazem dos bens industriais, independentemente do que se esteja produzindo. No seu exemplo imaginário é descrito a atitude de capitalistas que podem ser donos de fábricas ou manufaturas que produzem fios ou botas, não importa. Embora sejam



coisas diferentes ambas se conectam, na concepção do referido autor, na lógica do mercado capitalista:

O produto, de propriedade do capitalista, é um valor-de-uso, fios, calçados etc. Mas, embora calçados sejam úteis à marcha da sociedade e nosso capitalista seja um decidido progressista, não fabrica sapatos por paixão aos sapatos. Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores-de-uso. Produz valores-de-uso apenas por serem e enquanto forem substrato material, detentores de valor-de-troca. (MARX, 1996 [1867], p.6)

Marx (1996 [1867]) chama a atenção para intenções e significados que eram atribuídos, em sua época, ao que era produzido pela sociedade industrial. A ideia inicial era de que os objetos eram produzidos por seu valor de uso. Este era o valor simbólico que estava na base da industrialização e do progresso, ou seja, produzir algo atribuindo ao objeto o valor de uso que representava, no imaginário da época, a evolução que a sociedade burguesa industrial teoricamente buscava para o bem-estar das pessoas. Entretanto, Karl Marx (1996 [1867]) desconstrói essa representação, lembrando aos leitores que os capitalistas industriais não produziam aqueles objetos para o seu próprio uso ou, melhor dizendo, para o seu próprio bem-estar. Produziam então para que ou para quem? Marx responde:

(Nosso capitalista) tem dois objetivos. Primeiro, quer produzir um valor-de-uso, que tenha um valor-de-troca, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. E segundo, quer produzir uma mercadoria de valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la, isto é, a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho, pelos quais antecipou seu bom dinheiro no mercado. Além de um valor-de-uso quer produzir mercadoria, além de valor-de-uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais valia) (MARX, 1996 [1867], p.7).

Mais do que responder para quem, Marx (1996 [1867]) ressalta para qual finalidade era produzido. E com isso, não deixa dúvida de que é para ser vendido como mercadoria (*commodity*). E ainda, em segundo lugar, de acordo com Marx (1996 [1867]), o capitalista tem o grande desejo de produzir uma mercadoria cujo valor deve ser maior do que a soma dos valores das mercadorias utilizados na sua produção, incluindo os meios de produção e os salários pagos. Em suma, ele visa produzir não somente o valor de uso, mas também o valor de troca e ao mesmo tempo, a “mais valia”.

Nessa perspectiva que gera o lucro, Barros (2004), analisou densamente as políticas farmacêuticas, que vigoravam no início dos anos 2000, em alguns países com alto avanço tecnológico na área da saúde. O autor analisa também o impacto dessas políticas em países como o Brasil, que não tinham a envergadura das nações que abrigam setores do bilionário complexo industrial farmacêutico, para explicitar o *boom* do mercado farmacêutico como um exemplo do que deveria ser seguido por outros setores da economia. Segundo Barros (2004), essa explicitação ocorre mediante o seguinte episódio:

A disposição das autoridades sanitárias brasileiras de implementar programa de genéricos como parte de uma política mais ampla que contribua para o uso mais racional dos medicamentos no País, serviu para trazer à tona, os interesses em jogo. A sórdida campanha contra os genéricos, feita no primeiro semestre de 1999 utilizando a mídia, por entidade que congrega os produtores de medicamentos – a Abifarma –, mormente as empresas multinacionais, representa a ponta do *iceberg* dos interesses mencionados. Vale, de saída, recordar que essas empresas, são hegemônicas em termos de repartição do mercado ou no controle das matérias-primas. Desfrutam, inegavelmente, de capacidade de pressão, para fazer valer seus interesses, de certo muitas vezes superior aos das empresas de capital nacional, todas elas, de todo modo, não importando a origem do capital, movidas por interesses que, ao terem por alvo preferencial a obtenção de lucros, os mais elevados possíveis, tratam o medicamento como uma mercadoria como outra qualquer (BARROS, 2004, p.164).

Essa percepção apresentada por Barros (2004) aparece em vários outros estudos (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006; MARTICH, 2013; MIZIARA, 2013; MIZIARA; COUTINHO, 2015), que destacam diferentes aspectos que confirmam a ingerência das indústrias e da sua respectiva associação nas políticas públicas de medicamentos no Brasil. Mas isso, segundo Barros (2004), ocorria na sociedade brasileira, desde os anos de 1990 e adentrou o século XXI, como reflexo de algo que acontecia no plano político econômico internacional, relacionado às políticas neoliberais. Estas políticas, segundo os pesquisadores, se orientaram para reduzir a atuação do Estado, como regulador do mercado (a teoria do Estado mínimo), na defesa do livre mercado e junto com essas ideias trouxe a desregulamentação e privatização. Tais movimentações tiveram forte impacto nos países pouco desenvolvidos e naqueles que estavam em desenvolvimento como o Brasil (BARROS, 2004).

Vale destacar que, por intermédio dos estudos que trabalharam o enfoque do CMI foi possível compreender os determinantes estruturais da saúde. Sintetizando os principais problemas investigados estão as relações entre as indústrias e a medicina, mas especificamente, os profissionais médicos (CORDEIRO, 1984; BOMFIM; PEREIRA, 2004; MARQUES FILHO, 2010) e a medicalização como uma prática da elite tecnocrática da saúde (BRAGA; SILVA, 2001; LEFÉVRE, 1991). Em suma por meio desse enfoque foi possível demonstrar que o CMI é um modelo definido por relações de poder que se estruturam em torno de lutas relacionadas a interesses bastante diversificados, tais como: disputas no mercado das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos com as suas concorrentes, ou então fazendo acordos e constituindo lobbies com objetivo de ampliar seu lucro e sua entrada no mercado nacional, tentando driblar as regulamentações oficiais; Mazelas do sistema de saúde nas sociedades industriais à medida que se instaura a burocratização da prática médica (SIQUEIRA, 1985; BARROS, 2004); O uso da prescrição pelos profissionais médicos como estratégia para legitimar a suposta eficácia dos medicamentos (CASAS, 2008; PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000); Transformação dos pacientes em consumidores heterônomos dentro de uma sociedade

industrial dominada pelas empresas multinacionais, com fortes determinações no nível da produção (NASCIMENTO, 2007; GUARIDO, 2008).

As observações acima ajudaram a desdobrar a seguinte questão: que aspectos desse complexo industrial induziriam o aumento de ações judiciais para a obtenção de medicamentos? Um pressuposto que tem sido levantada é de que as indústrias, em função de seus interesses de lucro, criam estratégias para influenciar pacientes e suas respectivas associações, bem como médicos e/ou entidades médicas, ofertando incessantemente inovações em termos de medicamentos ou equipamentos da área da saúde para que esses pressionem os Estados ou municípios a incorporá-los em suas próprias políticas. É dessa estratégia de impor inovações que tem aparecido ações judiciais para o atendimento individual em geral com custos muito altos (CHIEFFI; BARATA, 2010, CAMPOS NETO *et al*, 2012). Paralelamente ao novo contexto da judicialização, temos um país com um sistema público de saúde com grande volume de compra de medicamentos, tendo em vista a ausência de um parque industrial nacional consolidado, na lógica do CMI, as indústrias entendem como excelente possibilidade de incorporar seus medicamentos ao SUS para ampliar os lucros.

Os trabalhos dos estudiosos do CMI, tanto no passado como no presente, enfatizam que uma das características fundamentais do complexo em sociedades capitalistas avançadas é a utilização de estratégias que usam a exploração da doença para a produção de lucro privado. O olhar se volta para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, com críticas por suas práticas de propaganda e comercialização. Questionam-se ainda os preços abusivos e as suas estratégias com patentes nem sempre transparentes (BERMUDEZ, 2014; PINTO, 2014; SOARES; DEPRÁ, 2012). Os estudos chamam a atenção para um dos problemas que é crucial porque envolve, de fato, a vida das pessoas, que é a comercialização de drogas com países menos favorecidos antes de ter sua segurança testada, além de ter casos em que essas operações propagam inovações terapêuticas cuja eficácia é demonstrada por meio de estudos duvidosos (ANGELL, 2008; GOTZSCHE, 2016).

Na elaboração desse item do referencial teórico, entendeu-se que era preciso incluir as transformações pelas quais vêm passando a indústria farmacêutica no atual contexto sócio histórico. Sobre essas transformações, Kornis, Braga e Paula (2014) apresentam e analisam as características e as tendências da referida indústria em várias partes do mundo incluindo o Brasil, na primeira década do século XXI. Os pesquisadores mostram como o setor da indústria farmacêutica se transformou ao longo do século XX, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial, momento em que se fortaleceu a produção de medicamentos baseados em sínteses químicas e ainda se conta com uma enorme diversificação da oferta e da demanda de produtos

medicamentosos no mercado mundial. O mercado farmacêutico se tornou um oligopólio. Nos anos 1990, o leque de produtos das indústrias expandiu-se para áreas de saúde animal, produtos de higiene/cuidado pessoal e de nutrição/dietética. Na década de 2000, após a Lei de Genéricos de 1999 (BRASIL, 1999), a indústria farmacêutica brasileira passou a se concentrar no segmento dos medicamentos genéricos. Posteriormente, passou-se a observar um crescente movimento na produção de fitoterápicos e no avanço dos medicamentos biológicos. Tal direção da indústria exigiu avanços em inovação e altos investimentos que a produção passa a exigir. Soma-se aos custos com inovação aqueles com propaganda e do marketing para promover os novos medicamentos. Esses custos chegam ao preço dos medicamentos e geram grande impacto em um sistema público como o SUS, que possui como princípio a execução de uma Política de Assistência Farmacêutica com acesso gratuito.

### *2.2.3 Complexo Industrial da Saúde (CIS)*

Na base do enfoque do CIS tal como na do CMI aparecem obras de Carlos Grabois Gadelha (2001, 2002 e 2003) que se identifica com a perspectiva teórica Schumpeteriana e Weberiana, além da Marxista herdada dos estudiosos do CMI (CASAS, 2008). Max Weber (1864-1920) e Joseph Schumpeter (1883-1950), com origem no século XIX.

Para Max Weber (2000 [1919]; 2004 [1904-1905]), os setores empresariais que emergiam das sociedades industriais reforçavam um tipo de organização que se orientava por aquilo que ele chamou de “racionalidade instrumental”, ou seja, organizações que se dispõem a adequar os meios para atingir os fins desejados. A esse tipo de organização Weber atribuiu o conceito de burocracia (WEBER, 1999 [1919-1920]; FARIA; MENEGHETTI, 2011). O autor não utiliza esse conceito como um padrão a ser aplicado em qualquer contexto industrial, mas sim como um instrumento metodológico, por meio do qual, os pesquisadores ou especialistas possam esquematizar as principais características de uma organização burocrática, definida pelo referido autor como aquela que a aceitação da autoridade se baseia na legalidade das leis e dos regulamentos. O autor via esse tipo de organização nas grandes empresas, nos estados modernos e nos exércitos. São, assim, caracterizadas pelo predomínio de normas racionalmente definidas. A autoridade é justificada pela técnica, pela justiça, pela lei e pela meritocracia (WEBER, 1999 [1919-1920]). Por fim, em produção de 1917, Weber, insatisfeito com o poder discricionário que acontecia na Alemanha, sustentada tanto pelo poder parlamentar, poder judiciário, como pelo poder monárquico, aprofunda a quarta dominação legítima que seria dada, segundo o autor, pelo sufrágio universal, com a defesa da democracia plebiscitária. A força de

seu argumento residia na posição de que “a existência e a posição de poder formal dos parlamentos não são ameaçados pelo sufrágio democrático” (WEBER, 1980 [1917], p. 67).

Joseph Alois Schumpeter (1997 [1911]), renomado economista austríaco, reflete sobre as sociedades industriais, destacando as inovações tecnológicas, como o real motor do desenvolvimento econômico capitalista. Por isso, Schumpeter analisa amplamente as razões para não se confundir desenvolvimento com crescimento econômico. Este segundo conceito pode ocorrer, como tem acontecido em muitos países, sem que o dito crescimento solucione alguns dos muitos problemas sociais, podendo até piorar a distribuição de renda. Diante dessa situação, Schumpeter adverte para o risco da redistribuição prematura que os estados costumam fazer. Ele quer dizer que se a política econômica, diante de crescimentos obtidos em curto prazo, decide promover redistribuições imediatas, estas não resolverão nem os desejos dos reformistas, nem o aumento da produção. Esse autor define produção como a combinação das forças produtivas em duas partes: materiais e imateriais (SCHUMPETER, 1997 [1911]). Essas duas partes são os elementos que estruturam o que ele chama de desenvolvimento, e como ressaltam alguns de seus seguidores, Schumpeter (1997 [1911]) não explica todo o desenvolvimento econômico, mas apenas aquele que se verifica no sistema capitalista (MORICCHI; GONÇALVES, 1994; GADELHA, 2001). Nesse sentido, esse autor deu uma ênfase muito grande ao papel que o empresário capitalista na era industrial desempenha, ou deveria desempenhar, para contribuir efetivamente no desenvolvimento social e econômico de seus países. Nesse sentido, Gadelha (2002, 2003 e 2006) aponta que, no enfoque teórico do CIS: a lógica empresarial capitalista penetra fortemente em todos os segmentos produtivos. Entre esses setores, destacam-se as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, os setores produtores de vacinas e fitoderivados e ainda, os setores que compõem os serviços de saúde (CASAS, 2008).

A incorporação da teoria da inovação empresarial na vertente schumpeteriana por pesquisadores sanitaristas brasileiros aparece na obra de Gadelha (2001), na qual o pesquisador analisa a política industrial no Brasil, ao final dos anos 90. O autor entendia que todo empresário é capitalista, porém, nem sempre a recíproca é verdadeira. Para que o capitalista seja considerado na sua teoria como um empresário, o mesmo teria que desempenhar o papel de empreendedor. Ele o descreve da seguinte maneira:

O empresário não seria motivado, apenas pelo desejo de lucro: antes de tudo, há o sonho e a vontade de fundar um reino particular, geralmente, embora não necessariamente, uma dinastia também. Depois há o desejo de conquistar; o impulso de lutar, para provar a si mesmo que é superior aos outros, ter sucesso, não pelos frutos que podem daí advir, mas pelo sucesso em si (...). Finalmente há a alegria de criar, de

realizar as coisas, ou simplesmente de exercitar sua energia e engenhosidade (SCHUMPETER, 1997 [1911], p. 91, 92 e 99).

Dessa motivação do empreendedor viria o impulso que promove o avanço do processo de desenvolvimento. Mas isso não significa que não haja, na ação empresarial, a busca de reprodução de seu capital com vistas ao lucro. Entretanto, diferentemente do capitalista, descrito por Schumpeter, o empresário investe em inovações. No pensamento schumpeteriano, a presença dos empresários no seio da classe capitalista é fundamental para o desenvolvimento econômico, em razão da busca pela inovação que tem em suas perspectivas (SCHUMPETER, 1997 [1911]).

O primeiro aspecto que Gadelha (2001) ressalta nos estudos por ele analisados é a polaridade por meio da qual o conceito de política industrial aparecia nas pesquisas da época. Segundo o autor:

O primeiro (polo), mais amplo e normalmente classificado como horizontal ou sistêmico, enfatiza a ação governamental sobre as condições gerais que conformam o ambiente econômico, interferindo no desenvolvimento industrial de forma indireta. Nesse enfoque, *a política industrial envolve as orientações para as condições de infraestrutura física, educacional e de ciência e tecnologia (C&T), a política antitruste, as diretrizes governamentais mais gerais para a indústria e até mesmo a política macroeconômica, entre outros aspectos que interferem de forma importante, porém indistinta, sobre o setor industrial.* (GADELHA, 2001, p. 150, os grifos são nossos).

Como se pode ver, na citação acima, no primeiro polo, dada a diversidade estrutural do complexo industrial a atuação está limitada as seguintes ações: promover infraestrutura adequada para o desenvolvimento econômico; estabelecer regras para dificultar a monopolização e os cartéis; promover educação do sistema de forma a gerar capital humano que sustente o sucesso da inovação na produção industrial; e estabelecer regras gerais para todo o sistema industrial indistintamente, sem intervenção direta.

Já no segundo polo as características são mais específicas, como se pode observar na citação abaixo:

Associa-se às políticas seletivas verticais, vinculadas a metas para os diferentes setores da indústria (*industrial targeting*) que norteiam a utilização dos diversos instrumentos de estímulos e de sanções. Mesmo reconhecendo a interdependência entre as distintas políticas, esse enfoque privilegia a delimitação de um espaço próprio para a política industrial (GADELHA, 2001 p. 150).

Neste caso, a intervenção estatal é direta e se dirige a metas precisas. É o Estado que determina os setores industriais que devem ser apoiados para garantir a eficiência da economia nacional como um todo. Segundo Gadelha (2001), esse segundo enfoque era considerado pelas correntes liberais hegemônicas, tanto na economia quanto na política, como típico padrão obsoleto de intervenção estatal interferindo indevidamente nas forças de mercado.

Embora a intervenção do Estado na política industrial no Brasil, seja um tema que dividiu o enfoque do CIS, como observa Gadelha em diferentes estudos realizados, o que interessa nessa pesquisa é ressaltar o aspecto que uniu os dois lados do debate, em torno do tema da inovação:

A política industrial, de fato, deve constituir um *locus* de articulação do Estado com a sociedade em torno dos *interesses da inovação e da transformação estrutural*, o que sempre envolve resistências de toda natureza (...) Intervir nas inovações pressupõe uma capacidade de análise estratégica e de prospecção e uma alta conectividade com a sociedade para identificar as perspectivas do futuro (...) a recuperação da capacidade de intervenção e de análise estratégica do Estado coloca-se como uma necessidade e mesmo uma pré-condição para a efetividade de uma política industrial (GADELHA, 2001, p.169, grifo é nosso).

Como se pode ver na citação acima, Gadelha indicava, no início dos anos 2000, uma direção possível a ser tomada pela política industrial brasileira, no intuito de promover, de fato, o desenvolvimento industrial no Brasil. Posteriormente, seus estudos não se centram mais na produção industrial genérica, mas, sim, no setor específico da saúde, denominado pelo autor como Complexo industrial da Saúde (CIS), envolvendo o mercado farmacêutico e dos equipamentos médicos hospitalares (GADELHA, 2001).

Estudo mais recente que avaliou o referido mercado, em âmbito nacional, aponta que, apesar das iniciativas do governo brasileiro, desde o início dos anos 2000, para fomentar a industrialização do setor farmacêutico no Brasil, os resultados não são favoráveis. Destacam a intervenção das empresas farmacêuticas multinacionais, as quais já ocupam uma grande parte do parque industrial farmacêutico no país, atraídas pelo tamanho do mercado brasileiro, sem dúvida nenhuma, um dos maiores compradores de medicamentos do mundo (CASAS, 2009).

Sobre o caráter inovador das indústrias farmacêuticas nacionais, há divergências entre os estudos que têm sido realizados nos últimos anos. Casas (2009) destaca que a indústria brasileira possui um perfil pouco inovador, tendo em vista o esforço que deve ser realizado para manutenção da competitividade no mercado interno. E isso ocorria, segundo a referida autora, mesmo quando ainda não existia proteção por patente para os produtos farmacêuticos. Prado (2011) reafirma essa posição, mas pondera ter havido uma mudança importante a partir dos anos 1990, quando foram aprovadas a Lei de Patentes (BRASIL, 1996) e dos medicamentos genéricos (BRASIL, 1999).

Essas posições não são consensuais. Para Gadelha (2013), o CIS no Brasil permitiu vencer atrasos no campo competitivo e possibilitou alcançar, em certa medida, os países desenvolvidos. No seu exemplo, o autor se apoia nas experiências vividas por China, Japão, Índia e Coréia do Sul. Para o autor, o caminho a ser seguido não pode ser outro a não ser alcançar o padrão tecnológico dos países desenvolvidos. Nesse sentido, é necessária uma

política industrial na saúde que priorize inovação, desenvolvimento e produção. Gadelha (2013) entende que essa é a orientação que o CIS no Brasil vem tentando trilhar, mas ainda de forma diferente dos países mencionados acima. Contudo, ele acredita na possibilidade do Brasil atingir grandes metas em inovação.

O próprio Gadelha denomina de “neo-schumpeteriana”, sua inspiração em reforçar a inovação como propulsora do desenvolvimento econômico, pelo fato de que a política brasileira associa a política econômica e de desenvolvimento à política social. Como o governo brasileiro é o maior comprador de produtos farmacêuticos e de equipamentos médicos, Gadelha (2013) afirma: que o grande interesse e necessidade do mercado público seria propulsor da produção e inovação no Brasil. A orientação que ele propaga é da inovação e produção para atender todos os brasileiros (GADELHA, 2013).

Um das ações que demonstram esse intuito é o lançamento em dezembro de 2007 do “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”. O programa que foi lançado no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, pelo Ministério da Saúde, objetiva aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor como um elemento essencial para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro. Nessa perspectiva teve como diretriz fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde, para construir novos padrões tecnológicos adequados às necessidades de saúde da população no contexto do SUS (BRASIL, 2010a). O “Programa Mais Saúde” promoveu uma parceria entre o Ministério da Ciência e da Tecnologia e setores do CIS, como um dos eixos estratégicos para a política pública de saúde. Gadelha destaca esse ponto do Programa:

Uma parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia vai permitir a estruturação de duas redes de pesquisa clínica para atender às necessidades do SUS. Outro resultado dessa parceria será a criação de dois centros nacionais de toxicologia para o atendimento a 100% da demanda da indústria da Saúde e das instituições de Ciência e Tecnologia (GADELHA, 2013).

A Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) lançada em 2008 situa o CIS como uma das seis áreas estratégicas para o desenvolvimento futuro do país. Para que suas macro metas fossem alcançadas, foram previstos os seguintes programas mobilizadores: Complexo Industrial da Saúde, Tecnologias de Informação e Comunicação, Energia Nuclear, Complexo Industrial de Defesa, Nanotecnologia e Biotecnologia (BRASIL, 2008). Com essas medidas com vistas à inovação no campo da saúde, Gadelha e Maldonado (2008) destacam que se estabelece um vínculo entre a política industrial e tecnológica com a política social, no caso a saúde.



Por outro lado, existem ponderações e críticas relativas ao conceito de inovação, ou mais precisamente, ao uso que tem sido feito desse conceito atrelado ao marketing das indústrias farmacêuticas. Por exemplo, Rabello e Camargo Júnior (2012) analisam qualitativamente o conteúdo de dez propagandas televisivas, direcionadas ao consumidor, de medicamentos de comercialização livre no mercado brasileiro, e uma propaganda institucional de uma empresa farmacêutica. Em um conjunto de propagandas analisados, os autores acima identificaram que:

A retórica básica da indústria farmacêutica para falar de (ou anunciar o) medicamento e convencer pessoas a comprá-lo, custe o que custar, é baseada no argumento de que o valor de mercado do mesmo é alto porque há um grande investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) (RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012, p 359).

Dito de outra forma, os pesquisadores identificaram que as próprias indústrias farmacêuticas ao produzirem o marketing de seus medicamentos, inserem elementos como tecnologia e ciência nas representações atreladas ao produto medicamento. Essas estratégias não são novas e muitas vezes são utilizadas para justificar os altos preços que cobram de seus medicamentos (RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012).

Angell (2008) relatou em seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos”, que por vezes essas estratégias estão relacionadas à questão da perda da patente do medicamento e a permissão para a fabricação de genéricos por outras empresas. Com isso, o custo do medicamento cai muito e a indústria para compensar a perda de receita, acaba lançando um medicamento “inovador” (medicamento similar ao anterior, porém com patente renovada) ressaltando propriedades supostamente novas, fruto de pesquisas que, certamente, não foram realizadas pela indústria e nem serão tão rapidamente (ANGELL, 2008). Segundo a autora, apelar pela inovação tem sido nos Estados Unidos, uma estratégia da indústria farmacêutica para conseguir ampliar o seu lucro colocando seus produtos em disputa no mercado. Com tintas mais fortes Gotzche (2016) compara essas ações da indústria farmacêutica às de uma organização criminosa.

#### *2.2.4 O novo modelo: Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)*

Considerando esses aspectos econômicos que envolvem o campo da saúde, mudanças ocorreram na própria noção do CIS, que segundo Gadelha, é agora melhor classificado como Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS):

A gente chama de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) porque ele envolve todo o conjunto de atividades relacionadas à saúde que tem uma dimensão na economia, na indústria farmacêutica, na indústria de equipamentos e materiais e todos os serviços da saúde. Quando usamos a expressão complexo da saúde é porque queremos nos referir a todo um sistema produtivo e econômico interdependente. Por

exemplo: se eu produzo hoje o tratamento para uma doença e eu desenvolvo uma vacina, eu não vou mais precisar de medicamento porque a vacina já vai proteger daquela doença. Se eu tenho hoje um programa de atenção básica que eu vou usar telemedicina, eu tenho que ter equipamentos para a telemedicina. Então há um sistema produtivo que é interdependente, é toda a base produtiva, tudo o que você faz em saúde. O conceito, na verdade, vem da matriz teórica do próprio Marx e de outros autores: como é que se dá, numa sociedade como a nossa, a reprodução da produção em saúde no Brasil? A produção que gera emprego e renda (GADELHA, 2013).

Como se pode ver, a produção prevista pelo CEIS, mesmo ocorrendo no contexto do capitalismo globalizado do século XXI, envolve mais do que a produção dos medicamentos, equipamentos, insumos e produtos para a saúde, contempla também o desenvolvimento econômico do país. O CEIS produz saúde, a qual como se posiciona Gadelha (2013), não é um produto como qualquer outro. Para o autor, essa é uma produção que não visa exclusivamente o lucro.

Contudo, o CEIS é também perpassado pela lógica da medicalização da sociedade que transforma os medicamentos em pura mercadoria. Esse quadro é evidenciado pela forma irracional que são consumidos os medicamentos, seja por interferência da indústria farmacêutica, dos médicos, dos próprios pacientes e nesse novo contexto, da judicialização da saúde (BRASIL, 2012b; CAMPOS NETO *et al*, 2012; LAGE; FREITAS; ACURCIO, 2005; AQUINO, 2008). Apenas para ilustrar o alcance dessa posição reproduz-se abaixo um trecho de um dos documentos que fazem parte das referências da pesquisa. Trata-se da Ata da Trigésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), realizada em setembro de 2012, período em que se iniciava a coleta de dados desse estudo (BRASIL, 2012a). Desse documento pode-se destacar:

A Presidente do conselho (...) destacou a importância do Conselho Consultivo da Anvisa refletir sobre esses temas e referiu-se ao processo de medicalização da sociedade. Mencionou que outrora havia a existência de *formas mais naturais* e de maior capacidade das pessoas para tratar problemas simples de saúde. *Pontuou ainda sobre a autonomia das pessoas e deu maior ênfase a ser concedida ao autocuidado em contraposição à automedicação.* A seguir, o Diretor-presidente da ANVISA (...) entrevistou sobre a rastreabilidade dos produtos e medicamento até chegar ao usuário, ressaltando que o sistema prevê isso e destacou a importância de se *realizar o debate sobre formação dos profissionais médicos e farmacêuticos, visto que essa questão é imensamente maior do que saber se o balcão serve ou não de barreira sanitária* (ATA, 26/09/2012, os grifos são nossos)

Uma observação importante a ser feita sobre o relato acima se refere à dimensão individualizante atribuída ao fenômeno do consumo nas sociedades industriais modernas. Esse aspecto foi muito explorado na literatura supracitada. O conjunto de dados relacionados ao tema sugere que a medicalização ou uso irracional de medicamentos tem uma forte marca da sociedade capitalista de massa, nas quais os empresários e produtores industriais exploram estratégias de venda com objetivo de incentivar os indivíduos a aumentar o consumo de

medicamento, e como consequência o lucro de sua empresa. Fica claro que este consumo pode ser auto praticado, ou seja, a automedicação ou induzido por profissionais da saúde, no caso, médicos e farmacêuticos. A individualização frente ao consumo é uma das marcas fortes da economia capitalista. O produto que nasce com valor de uso só dá sustentabilidade ao capital quando se transforma em valor de troca.

Mas essa não é a posição que se constrói com o CEIS. Os defensores desse novo modelo fazem questão de distinguir a produção industrial em geral, da produção em saúde. Segundo Gadelha (2013), essa distinção ficou mais clara quando o CEIS foi incorporado ao Ministério da Saúde. A produção em saúde, no Brasil, visa também à geração de emprego e de renda. É preciso entender que a saúde é um direito social. Assim produzir saúde não é produzir mercadoria na atual filosofia do CEIS, pelas seguintes razões:

*...quando eu produzo em saúde, quando produzo no hospital, quando produzo na indústria farmacêutica, quando eu produzo equipamentos de saúde, quando eu tenho um parque tecnológico em saúde, ao mesmo tempo eu tenho uma dimensão de que eu estou fazendo um bem público, um bem para a sociedade. Do outro lado eu estou interferindo nos determinantes sociais, porque estou gerando renda, emprego, melhores salários. Hoje, a saúde corresponde a 10% do emprego qualificado no Brasil (GADELHA, 2013, os grifos são nossos).*

O CEIS, tal como formulado acima, não só introduz um questionamento na forma como se discute o papel das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, no atual contexto nacional, como também aponta para uma nova forma de gestão pública de saúde que pode vigorar no Brasil, caso se amplie mais a perspectiva que o mesmo aponta. Na tese procurou-se aprofundar em alguns aspectos que esse enfoque apresenta, com o objetivo de poder adaptá-lo ao objeto da pesquisa, no caso a judicialização da saúde. A dimensão que procurou se alcançar é a compreensão dos elementos do CEIS que poderiam solucionar o problema de acesso a medicamentos e fortalecer a gestão pública, de modo que se criem alternativas para evitar o crescimento das ações judiciais, como tem ocorrido nos últimos anos.

Gadelha (2013) adianta alguns princípios que poderiam ajudar a construção de uma nova perspectiva. De certa, o autor entende que o CEIS não precisa carregar necessariamente uma visão mercantilista. Ao contrário, na sua concepção, é um sistema produtivo da saúde, que tem de entender como as indústrias se comportam no setor saúde, como funciona a lógica privada e a lógica do capital nesse setor. Pois, apenas assim podemos ter uma melhor política pública que cumpra o objetivo social. Como isso poderia acontecer? Segundo Gadelha (2013), a Política Industrial, Tecnológica e de Desenvolvimento para a área da saúde era classicamente considerada uma política da área econômica, que passou a ser coordenada pelo Ministério da Saúde, e a partir daí, pelo fato de ser incorporada a uma área social, foi possível subordinar a

base produtiva aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando se processou essa mudança na gestão, já se tinha um amplo conhecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e, em particular, sabia-se como se dava a reprodução econômica para dentro do campo da saúde. Foi esse conhecimento que, segundo Gadelha (2013), permitiu que o Ministério da Saúde elaborasse políticas públicas específicas para direcionar os investimentos públicos e privados na área.

É nesse contexto que se forma a imagem de um gestor público, nesse caso, um público capaz de incentivar a inovação como um motor de desenvolvimento econômico. Com todas as ações que o Ministério da Saúde passou a ter após a incorporação de políticas públicas que direcionavam os investimentos públicos e privados na área da saúde, o órgão pode se utilizar de um poder de compra e do mercado para orientar o investimento público e privado (GADELHA, 2013). O Estado passa, dessa maneira, a ser um dos clientes do mercado, no caso o maior, no Brasil, como apontam Gadelha e Maldonado (2008). Sobre esse tema, Flávia Schmidt e Lucas de Assis (2009) analisam como se tem construído o perfil do Estado como cliente. Trata-se de uma atividade altamente regulada em cada país e submetida à atuação regulatória da Organização Mundial do Comércio (OMC), dado o impacto que estes processos podem ter nas relações comerciais internacionais (SCHMIDT; ASSIS, 2009).

#### 2.2.5 Comparação entre os modelos: CMI, CIS e CEIS

**Quadro 1- Comparação entre os complexos industriais da saúde**

<b>Modelos</b>	<b>Características</b>
CMI	Estado (compra serviços das empresas e dos profissionais), empresas médicas e profissionais médicos.
CIS	Indústrias da saúde (equipamentos e insumos) em relação direta com organizações e empresas médicas prestadoras de serviços de saúde. O Estado continua como comprador de serviços, ao qual se atribuiria apenas funções na fiscalização dos contratos.
CEIS	A produção em saúde passa a ser visualizada como componente do desenvolvimento econômico e social. O complexo consolida o segmento da saúde, como um ramo do setor produtivo industrial.

Fonte: Elaboração própria.

No escopo dos três complexos uma característica comum é a lógica da medicalização da sociedade que transforma as intervenções médicas, como a prescrição de medicamentos em

pura mercadoria fomentando inclusive necessidades em saúde. É importante destacar que entre as três formulações, o CEIS foi primeiro a ser tomado como linha de base para formulação da política de medicamentos, por parte do Ministério da Saúde.

### **2.3 Pressupostos teóricos do estudo**

Os procedimentos teórico-metodológicos utilizados no estudo foram selecionados a partir de uma ampla investigação sobre o material de pesquisa já existente que destacava a interferência da indústria farmacêutica nas políticas públicas de saúde no Brasil. Foram incluídos estudos que apontavam indícios de uma possível influência da referida indústria no aumento das ações judiciais contra o Estado no que se refere ao fornecimento de medicamentos que não constavam das listas oficiais do Sistema Único de Saúde (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO et al, 2012; SOARES; DEPRÁ, 2012).

Diante desse quadro inicial, foi possível construir alguns pressupostos com base não só nos dados dos estudos já realizados, mas contando também com informações obtidas do banco de dados que agregava inúmeras ações judiciais realizadas no Estado de Minas Gerais, o qual foi elaborado pelo GPES/UFMG, a partir da pesquisa realizada na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Um primeiro pressuposto que emerge dessa constatação busca estabelecer uma possível relação entre a indústria farmacêutica e a atuação desses agentes nos processos judiciais. Teria a indústria utilizado estratégias para influenciá-los no sentido de convencê-los a introduzir novos medicamentos nas listas oficiais do SUS?

Tendo em vista que esses agentes ocupam lugares muito diferenciados em toda a ação judicial, elaborou-se outro pressuposto que relaciona a posição em que cada um deles se encontra e a sua percepção acerca da influência da indústria farmacêutica na judicialização da saúde. O pressuposto, neste caso, é de que a indústria farmacêutica cria estratégias diferenciadas para introduzir novos medicamentos considerando as especificidades dos lugares em que esses agentes ocupam. Nesse sentido, buscou-se no estudo incluir todos os agentes identificados no banco de dados, tais como, paciente, médicos, advogados, juiz, desembargador, promotor de justiça e defensor público com o objetivo de conhecer a percepção que cada um deles tem, sobre uma possível influência da indústria nas ações judiciais, a partir do lugar que ocupam.

No fundo, o que mais interessava nessa seleção de sujeitos para a pesquisa era que eles, exatamente pelo lugar que ocupavam no processo como um todo, relatassem, a partir de suas experiências relacionadas a esse tipo de ação judicial, se, de fato, eles percebiam a presença da indústria farmacêutica no aumento da judicialização da saúde. Lembrando que esse era um

pressuposto já levantada por pesquisadores que analisaram dados conjunturais (CHIEFFI; BARATA, 2010; MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013; SOARES; DEPRÁ, 2012).

### **3 METODOLOGIA**

Para buscar respostas às questões de pesquisa, analisar os pressupostos teóricos do estudo e, com isso, atingir os objetivos do estudo, foi desenvolvida a pesquisa de campo (com entrevistas semiestruturadas) combinada com pesquisa bibliográfica (ANEXO C). A escolha desses procedimentos de coleta de dados se deu em função da própria natureza do objeto de estudo e do modelo teórico selecionado para dar sustentação à análise dos achados. Começa-se assim explicitando brevemente o modelo teórico utilizado.

#### **3.1 O Interacionismo Simbólico e suas Aplicações**

Como abordagem de pesquisas qualitativas, o interacionismo simbólico ganha visibilidade a partir dos anos de 1940 ao ser aplicado como um método para compreender como os sujeitos constroem a realidade por meio de processos conscientes e interativos (FLICK, 2009). O termo, cunhado por Hebert Blumer (1969), inspirado, por sua vez, no pensamento do psicólogo social George Hebert Mead (1863-1931), parte do princípio de que a sociedade humana é construída por meio de processos interativos que compreendem não apenas consensos, mas envolvem embates e dissensos conscientes que se articulam e se expressam através de recursos simbólicos partilhados socialmente. Considerando-se que esse procedimento teórico-metodológico tenha se difundido de forma consistente na área de pesquisas em saúde, e de que as condições sócio históricas trouxeram uma infinidade de questões que impactam as interações sociais e as formas como os sujeitos contemporâneos as interpretam, buscou-se adaptá-lo, à medida do possível, todas as vezes que novas configurações se imponham em função da realidade estudada.

Dito de outra forma, para essa abordagem teórica, a natureza dos objetos do mundo social é simbólica, ou seja, tais objetos estão sujeitos à interpretação dos agentes que os operam. E essas interpretações são afetadas pelas mudanças que ocorrem nos contextos estudados. Isto significa dizer que os estudos que utilizam o interacionismo simbólico precisam estar atentos a algumas premissas, tais como as que foram formuladas por Blumer (1980). Sem esquecer, entretanto, de que estas podem ser modificadas para se adaptarem ao contexto sócio histórico. Ressaltado os cuidados a serem tomados passa-se às premissas que foram tratadas na tese.

A primeira ressalta a importância de, na investigação, serem considerados os significados que o mundo, ao qual os sujeitos estão se relacionando, lhes oferece como ferramentas por meio das quais conseguem compreender significativamente todas as coisas com

as quais vão se deparar na vida, bem como todas as situações que terão de enfrentar. A segunda premissa destaca a necessidade de os pesquisadores considerarem que os significados acima referidos são sempre resultados das interações sociais que os indivíduos e as suas redes de ação estabelecem entre si. E por fim, a terceira premissa defende a ideia de que os significados são manipulados por um processo interpretativo (e por este modificado), pelos próprios atores nas interações que vivenciam (BLUMER, 1980).

A escolha dessa abordagem se deu em função das características do objeto de estudo da tese que busca compreender como os atores envolvidos com ações judiciais empreendidas contra a Secretária de Estado de Minas Gerais (SES), entre 1999-2009, visando à obtenção de medicamentos, materiais e/ou serviços de saúde, têm interpretado, de um lado, o próprio processo de judicialização na área da saúde e, de outro, a influência que a indústria farmacêutica tem desempenhando nessas ações.

Como se pode ressaltar, o conceito de significado utilizado na teoria de Blumer é algo que se constrói na interação, isto quer dizer que, em termos práticos, os sujeitos quando, ao se comunicarem interativamente, no caso, por exemplo, de uma demanda judicial da área da saúde, eles produzem significados intersubjetivos comuns para o tipo de problema que precisa ser solucionado. Isso não acontece, como ressalta Blumer, automaticamente. Seria, segundo o autor, um equívoco, se os pesquisadores não considerassem que o uso de um significado por alguém em plena ação também envolve um processo interpretativo (BLUMER, 1980). O que isso quer dizer?

Por exemplo, focando o caso da prescrição médica, pode-se ver o quanto estas são produzidas em cada situação. Ao fazê-la, os profissionais dessa área, responsáveis por essa ação, devem construir, a partir da interação com o demandante, um pedido, por meio de uma linguagem que permita que os significados originais da demanda do usuário sejam interpretados pelos agentes de outra rede que compõe a judicialização, que, nessa situação específica, trata-se dos profissionais do Judiciário. Dito de outra forma, na passagem de uma rede para a outra, estão os advogados e/ou os promotores e defensores públicos, que assumem também o papel de mediadores e que, à sua maneira, terão não só que interpretar a mensagem enviada, como transformá-la em conteúdo com significados que serão interpretados pelos juízes e desembargadores. Pode ocorrer, como se verá mais à frente, que outros agentes envolvidos também nesse tipo de ação, por exemplo, os gestores públicos, recorram à decisão judicial, por entenderem que o Estado tem um produto semelhante em sua política pública de saúde, reconhecido pelas agências de regulação, que teria o mesmo efeito ao que está sendo demandado e com custo bem menor. Nessa situação, exige-se que o pesquisador analise com o



mesmo cuidado as interações entre os agentes que serão envolvidos nesses recursos para verificar os significados que são produzidos nesses embates acerca da judicialização da saúde.

Uma vez definidas as três premissas, é preciso cuidar do processo interpretativo a que Blumer se refere com certa insistência em sua obra. A interpretação para o interacionismo simbólico tem de ser entendida em duas fases distintas. Na primeira, o pesquisador deve considerar que os seus sujeitos autodeterminam os elementos com os quais vão se relacionar (BLUMER, 1980). Por exemplo, os médicos quando justificam como tomaram a decisão de prescrever tal medicamento e não outro para o seu paciente, devem saber que terão que justificar os critérios que os levaram a escolher um medicamento, e não outro. Nesse movimento para que o seu paciente (demandante) consiga na justiça o seu intento, os médicos deverão ter consciência dos determinantes que terão de ser considerados na prescrição para convencer os magistrados na sua decisão.

Blumer ressalta que a execução de tais situações constitui um processo social de interiorização, no qual o sujeito interage consigo mesmo. Essa interiorização, em geral, aparece na exposição de seus relatos de entrevista. Várias são as passagens, como se verá mais à frente, em que os sujeitos contam as suas dúvidas, as perguntas que faziam a si mesmo antes de tomar uma decisão, que representam muito bem este estágio que Blumer chama de autoconsciência, ou seja, da conversa do indivíduo com ele mesmo. Entre atores, entrevistados, todos têm relatos nos quais essa interação deles com eles mesmos aparece de diferentes maneiras (BLUMER, 1980).

A segunda fase é consequência da primeira. Segundo Blumer, em virtude desses processos de auto comunicação, interpretar torna-se uma questão de manobra de significados. O agente seleciona, modera, susta, reagrupa e transforma significados sob o ponto de vista da situação em que se encontra e da direção de seus atos. Fundamentada, nessa perspectiva interacionista simbólica, pôde-se fazer uma sistematização analítica da política de saúde brasileira, sobre a qual se analisaram as posições dos sujeitos acerca da judicialização da saúde e a influência que o complexo industrial dos produtos farmacêuticos e destinados à saúde em geral tem nas ações judiciais.

Sem perder as contribuições da teoria do interacionismo simbólico, vale recuperar o conceito que Blumer desenvolve do que ele chama de “imagens-raiz”, as quais são no fundo conceitos básicos que utiliza para descrever a natureza dos grupos e das sociedades humanas, estendendo à interação social, ao homem como agente, à atividade humana e à conjugação das linhas de ação (BLUMER, 1980).

A primeira imagem explorada no interacionismo simbólico é a de conceber os indivíduos e os grupos como seres capazes de agir no mundo em que vivem. Sujeito da ação, é assim que a sociologia da segunda metade do século XX começou a identificar as mudanças no comportamento social, em sociedades que avançavam na concretização da democracia. É assim que foram considerados os sujeitos entrevistados. Cada um, a seu modo e competência, agiu ou para alterar, de alguma forma, a situação de saúde demandada por um indivíduo que reivindicava o seu direito segundo a lei, que não estava, segundo sua interpretação, sendo atendido pelas instituições públicas, ou, para convencer o demandante que havia alternativas públicas que o atenderiam sem precisar ir em frente com a ação judicial.

Esta sociedade formada por indivíduos e grupos em ação precisa ser concebida também a partir das duas concepções que a compõem, a saber: cultura e estrutura. O que isso quer dizer? Que, para analisar os dados de um estudo na perspectiva interacionista simbólica, é preciso partir do princípio de que toda sociedade tem uma cultura que abarca costumes, valores, tradição, norma, regras e conceitos afins. Quando os indivíduos vêm ao mundo muito dessas coisas preexistem. Por exemplo, os programas de saúde pública estabelecem-se sobre regras e normas definidas coletivamente por meio dos mecanismos de representação que as sociedades democráticas construíram. Uma grande parte das ações humanas na perspectiva interacionista resume-se a encontrar formas de indivíduos e grupos adaptarem-se a esses elementos da cultura.

Da mesma forma que se pensa a ideia de cultura, o tema da estrutura, como destaca Blumer, impõe exigências semelhantes em termos de reflexão (BLUMER, 1980). Na tese, o caminho foi descrever a trajetória da judicialização no Brasil recuperando os seus aspectos estruturais, sem os quais não seria possível entender como os atores e as redes envolvidas nas ações concernentes ao tema se moldavam uns aos outros, ou se deixavam moldar uns por outros, mais astutos e poderosos. A sociologia clássica já definiu muito minuciosamente aspectos que compõem uma estrutura social. Por exemplo, a posição social dos indivíduos é um fator que interfere diretamente em todas as interações. Com a democratização da sociedade brasileira, obstáculos relativos ao acesso a serviços sociais fundamentais, que eram determinados pela posição que os indivíduos ocupavam na estrutura da sociedade, foram derrubados por meio de ações políticas resultando posteriormente em legislações e dispositivos legais que ampliavam o acesso de todos os indivíduos às políticas sociais de um modo geral.

A tradicional imagem de autoridade e de prestígio, assinaladas por Blumer, também foram profundamente abaladas com os processos de democratização da sociedade. Tudo isso foi se transformando nos últimos 30 anos de regime democrático no Brasil. Na pesquisa buscou-se capturar como esse estado de mudança se reflete na interação dos indivíduos que hoje tratam

da questão da judicialização da saúde. Imagina-se, por exemplo, que um dos problemas a ser enfrentado para resolver a tomada de decisão final é saber: que critérios estão sendo obedecidos para se dar a posição final? De onde vem a autoridade para estabelecer os melhores critérios? Da lei ou da ciência? Ou das duas ao mesmo tempo? Como isso tem sido interpretado pelos agentes envolvidos no processo de judicialização? Diante da lei ou da ciência, como fica a autonomia do demandante? Muitas coisas mudaram nos últimos trinta anos no Brasil, que vem interferindo nas interações sociais. Cada vez mais se lançam políticas e incentivos para que os indivíduos sejam os gestores de seu próprio bem-estar. Será que essas transformações se refletem nas suas ações efetivas? Como os dispositivos criados pela legislação para regular a distribuição de recursos para atender as demandas da saúde no país estão sendo interpretados pelos respectivos agentes, a partir das mudanças que interferem na saúde dos demandantes dessas políticas especiais/específicas de um grupo de pacientes?

As mudanças registradas nos programas de saúde derivam, muitas vezes, da natureza da interação social. O ponto de partida do interacionismo simbólico segundo Blumer é de que a vida em grupo pressupõe um processo composto, no qual um interage com o outro. A dinâmica se estende na lógica da ação e da reação. As atividades, segundo o autor, acontecem predominantemente umas em reação a outras ou umas em relação às outras (BLUMER, 1980). Quando se tem um número diferenciado de agentes e grupos envolvidos com as ações de judicialização e ainda sujeitos e grupos posicionados em lugares sociais diferentes, com interesses diferentes e poderes muito díspares, analisar os efeitos dessas reações é um desafio muito grande, mas merece ter todo o olhar voltado para as mínimas evidências dessas reações e das suas disparidades. As interações sociais podem estar movidas por interesses e motivações muito diferentes. No campo de atuação desses agentes, foram analisadas interações entre os advogados e associações de usuários portadores desta ou daquela doença, ou então de médicos, associações de usuários e empresas privadas que dão suporte a essas ações também há registros de interações entre defensores públicos e usuários, no sentido, de tentar negociar diretamente com os atores antes que se concretize a ação judicial. Outro registro de interações marcantes envolve órgãos da gestão pública com os agentes que mediam as ações com a justiça. O objetivo desse registro, em uma perspectiva interacionista simbólica é traçar as diferentes camadas que se formam na atual realidade para solucionar o problema que precisa ser solucionado, como os dados podem mostrar. Outro aspecto que foi destacado foi o que os interacionistas simbólicos chamam de natureza do objeto de estudo. Na realidade, os objetos desse estudo são a interpretação que os sujeitos envolvidos fazem do processo de judicialização na área da saúde e a influência que o complexo industrial da saúde tem desempenhado nessas ações.

Tanto uma parte quanto a outra do objeto depende da interpretação que os atores têm sobre os dois focos: judicialização e ações do complexo industrial. Esta última é talvez a mais difícil de ser explicitada, visto que ela ocorre em situações que apenas os agentes que atuam na gestão participam nas negociações, mais precisamente na definição das regras de licitação. Mas, isso não significa que a interação desse complexo industrial com outros agentes, que não os gestores, não exista. Ao contrário, existe, como será mostrado na análise dos dados, e de forma explícita, como patrocinadores de eventos de associações que congregam usuários deste ou daquele medicamento, ou deste ou daquele material cirúrgico ou tratamento terapêutico. Existe sob a forma de financiamento de *speakers*, em geral selecionados entre clínicos especialistas, para participar de eventos nacionais e internacionais onde atuam como divulgadores de um produto que deu certo para um mercado em potencial.

O aspecto mais contundente do estudo está na descoberta da interação entre redes e do papel dessa macro interação no processo de judicialização. Até que ponto essa articulação tem interferido na política pública de saúde no Brasil? O interacionismo simbólico com seus procedimentos metodológicos pode ajudar a configurar as redes que se conectam ao longo do tempo, para constituir uma parte significativa do grande encadeamento que estrutura uma parte significativa das ações desencadeadas pelos diferentes agentes e suas associações. Blumer (1980) destaca com muita ênfase os riscos que esse encadeamento pode trazer.

Em geral, como diz o autor, quando se olha à distância a forma como as grandes interconexões funcionam, tem-se a sensação que as diferentes instâncias que a compõem não se distinguem entre si. Tem-se ainda a sensação de que todas partilham igualmente dos mesmos interesses comuns. Ou mais precisamente, algumas ficam invisíveis na dinâmica das ações desencadeadas, mas no fundo são elas que estão dando as cartas e, possivelmente, esta invisibilidade faz parte de uma lógica estratégica para manter seus interesses expansivos e econômicos.

Essa dimensão estratégica no âmbito do interacionismo simbólico aparece quando os especialistas analisam como se difunde uma dada ideia ou proposta, que Blumer denomina de comportamento dos atores envolvidos. Esta forma, segundo sua interpretação à medida que vai se concretizando nas demandas e nas ações concretas, acaba se tornando algo naturalizado. Blumer (1980) analisa essa postura como falsa. Segundo ele, embora a ação possa representar uma forma repetitiva e constante, cada uma das manifestações da ação social deve ser reelaborada.

### **3.2 Como apareceram os sujeitos da pesquisa?**

Amparado na abordagem interacionista simbólica, se deu a escolha intencional dos sujeitos que foram entrevistados na pesquisa. A partir das informações retiradas do banco de dados de ações judiciais em Minas Gerais de 1999 a 2009, com diferentes demandas judiciais na área da saúde e identificação de todos atores de uma ação judicial, pôde-se mapear a diversidade de atores que interagem nessas situações, assim como as diferentes redes que eles compõem, respectivamente, e os tipos de interação que se estabelecem entre elas. Em relação aos atores envolvidos no estudo, serão considerados nas ações judiciais, os seguintes sujeitos: beneficiário das ações (pacientes); médicos; defensor público; advogados; promotor de justiça; gestor do SUS em Minas Gerais e magistrados que proferiram sentenças.

Antes de apresentar como chegamos aos atores entrevistados na pesquisa, cabe nesse momento falar um pouco sobre como se inseria no GPES/UFMG o doutorando que elabora esta tese. No segundo semestre de 2011, quando iniciamos as entrevistas, eu atuava no GPES/UFMG como pesquisador colaborador e estava na fase final do mestrado em Saúde Pública. Nesse momento, no grupo começamos a estudar a metodologia de pesquisa qualitativa para nos prepararmos e em novembro de 2011 começamos as entrevistas. A primeira etapa que contemplou seis entrevistas estendeu-se até março de 2012. Paralelamente à pesquisa de campo estávamos em fase de conclusão do relatório referente ao Projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), o segundo do GPES/UFMG na temática da judicialização, intitulado “Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais em Minas Gerais”, Edital 09/2009 PPSUS – Processos nº CDS-APQ – 03081-10-2008-2009. A pesquisa contemplava uma etapa qualitativa, a qual executamos com as entrevistas e suas descrições no relatório enviado à FAPEMIG.

Posteriormente, no segundo semestre de 2012 elaborei projeto para o doutorado e fiz a seleção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. O objetivo para o doutorado que apresento na tese era realizar pesquisa qualitativa sobre a judicialização e as interferências que a indústria farmacêutica tem no fenômeno. Ao longo do segundo semestre de 2012 e no ano de 2013 procurei cursar disciplinas sobre pesquisa qualitativa na Faculdade de Educação, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e Faculdade de Farmácia da UFMG. Após esse período de estudos sobre a metodologia, retomei as entrevistas com os atores envolvidos na judicialização em Minas Gerais. Assim, no ano de 2014 realizei quatro entrevistas, com um gestor público do Estado de Minas Gerais, um juiz de Direito, um defensor público do Estado e um promotor de justiça.

A escolha dos sujeitos foi realizada a partir do banco de dados de ações judiciais elaborado pelo GPES/UFMG. Este trabalho aconteceu de forma sistemática, por meio de um procedimento exploratório iniciado no segundo semestre de 2011, com a seleção da primeira pessoa a ser entrevistada, no caso a médica (M1) até o segundo semestre de 2014 com a entrevista do promotor de justiça. Foi nessa fase que começou a construção de um roteiro inicial de entrevista que foi se aperfeiçoando posteriormente.

Para entender onde foram buscados os 10 atores entrevistados é importante destacar que, os dados relativos às ações judiciais selecionadas foram obtidos no banco de dados elaborado pelo GPES/UFMG, o qual possui 6112 processos registrados referentes a ações arquivadas na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no período de outubro de 1999 a outubro de 2009. As informações sistematizadas no banco de dados correspondiam aos seguintes dados: Autor da ação (sexo, profissão, idade, residência), Processo judicial (número, instância, data, tipo de ação, existência de pedido liminar), Representante judicial (advogado, promotor, defensor, advogado do estado), Réu (esfera da gestão), Atendimento (prescrição, relatório e diagnóstico), Materiais (tipo, quantidade), Medicamentos (quantidade, classificação ATC, se pertencia ou não à RENAME) e Procedimentos (tipo e quantidade).

Nesse universo de informações foram selecionados os sujeitos para as entrevistas da pesquisa, primeiramente uma médica, depois a paciente, o desembargador, na sequência um advogado, outro médico, o segundo advogado, o gestor público, o juiz de direito, defensor público e o promotor de justiça (ANEXO C). A escolha desses sujeitos se deram em duas etapas, na primeira, seguiu-se o modelo snowball (bola de neve) (HANDCOCK; GILE, 2011). Trata-se de uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. No nosso caso, pareceu importante pois, por meio dessa cadeia, era possível estabelecer as relações entre os atores que estavam envolvidos na judicialização em um mesmo processo. Inicialmente buscava-se entender porque apareciam ações judiciais motivadas por novos medicamentos, mesmo para uma doença com política relativamente estruturada no país, no caso o diabetes *mellitus*. Encontramos no banco de dados das ações a identificação de uma médica, também professora universitária, que tinha realizado as prescrições. Fizemos o contato, a médica se mostrou disponível e em 8 de novembro de 2011 marcamos e fizemos a primeira entrevista. Foi uma experiência nova para o grupo, nessa primeira abordagem fomos em seis pesquisadores do GPES/UFMG a saber, a coordenadora do grupo, Profa. Eli Iola Gurgel Andrade, um médico, duas advogadas, uma enfermeira e o doutorando (farmacêutico) que escreve a tese. A entrevista foi realizada na sala do Departamento ao que a médica estava vinculada como professora. Conversamos com ela por cerca de uma hora e saímos de lá com duas decisões para a sequência

da pesquisa. O médico (M2) que aparecia no banco de dados com um número relativamente grande de ações e por isso nos chamava a atenção, além de ter sido mencionado pela médica. Soma-se a isso, que a médica (M1), nos recomendou uma paciente sua que poderia nos esclarecer bastante sobre os caminhos que a levaram à busca pela via judicial.

Dando continuidade às entrevistas, com intuito de construir uma rede de atores envolvidos nas ações judiciais, no dia 28 de novembro de 2011, foi realizada a segunda entrevista com a paciente (P1) da médica (M1). A paciente pediu que a entrevista fosse realizada no GPES/UFMG. Na oportunidade participaram quatro pesquisadores, a coordenadora do grupo, um médico, uma advogada e eu. Todos membros do grupo de pesquisa. A entrevistada se mostrou bastante à vontade e disposta a colaborar com a pesquisa. O próximo entrevistado foi o desembargador que tomou a decisão judicial na ação da referida paciente. Nosso entrevistado pediu que a entrevista fosse realizada em sua residência. Assim, no dia 8 de fevereiro de 2012, pesquisadores do GPES/UFMG, foram até a residência do desembargador para realizar a entrevista. Mais uma vez nossa equipe (Coordenadora e seis pesquisadores) tinha uma constituição multidisciplinar, com três advogados, um médico, um farmacêutico e uma economista. O entrevistado foi bastante receptivo e talvez por estar em sua residência se mostrou bastante à vontade para falar sobre os mais variados temas que circundam a judicialização da saúde.

Seguindo a rede de atores que se formou com a entrevista com a médica (M1), entramos em contato com o advogado (A1) que a representou em uma ação judicial para a paciente (P1) que entrevistamos. A opção do entrevistado foi por seu escritório de advocacia. Assim, no dia 16 de fevereiro de 2012, eu, um médico e mais três advogados do grupo de pesquisa. O ambiente estava tranquilo para a entrevista, inclusive pelo fato dele ter separado uma sala para realizarmos o encontro. A próxima entrevista foi com o médico (M2) que havia se apresentado como prescritor em um número significativo de ações judiciais presentes no banco de dados. Apesar desse ator não compor a rede que se formou a partir de M1, ele foi mencionado por ela na entrevista e como tínhamos a intenção prévia de entrevistá-lo, marcamos para o dia 20 de março de 2012. A seu pedido a entrevista foi realizada em seu consultório. Ele marcou em um horário ao final da tarde, após finalizar as consultas do dia. Conversamos por cerca de uma hora e meia e o médico se mostrou interessado em colaborar com a pesquisa e disponível para futuras entrevistas ou questionamentos. Retomando a rede de atores que envolvia a ação judicial da paciente (P1), entrevistamos um segundo advogado que também foi seu representante judicial em um dado momento. O advogado (A2) preferiu que marcássemos a entrevista nas

dependências do GPES/UFMG, assim no dia 30 de março de 2012, realizamos a última entrevista desse primeiro ciclo.

Passado o período de dois anos, em que entrei para o doutorado em Saúde Pública e cursei disciplinas sobre pesquisa qualitativa para me preparar melhor para a pesquisa de campo, retomamos as entrevistas. Nessa nova etapa alguns pesquisadores não faziam mais parte do GPES/UFMG, três entrevistas foram realizadas por mim individualmente, e pôr fim a quarta entrevista, foi realizada por um colega do grupo, com formação em Direito e também doutorando em Saúde Pública.

Essa nova série com quatro entrevistas começou em 11 de março de 2014, com a entrevista ao gestor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A opção feita por ele foi a entrevista em seu local de trabalho, em uma sala anexa ao seu gabinete. Pelo fato do mesmo ocupar um cargo de chefia, em determinado momento a entrevista teve de ser interrompida para que ele pudesse resolver questões do trabalho. No entanto, não houve prejuízo para realizar os questionamentos e o gestor fez sua narrativa tranquilamente. O próximo entrevistado foi um juiz de Direito que também tinha tomado decisões judiciais em ações registradas no banco, e que também nos chamava a atenção pelo fato de ser extremamente atuante na capacitação dos magistrados e busca de informações sobre as políticas públicas para as decisões no campo da saúde. Fiz o contato com sua assessora e marcamos a reunião para o gabinete do juiz no dia 24 de março de 2014. A entrevista transcorreu tranquilamente e durou cerca de uma hora. Nesse período também havia marcado a entrevista com o defensor público, assim no dia seguinte, 25 de março de 2014, meu colega pesquisador do GPES/UFMG foi fazer a entrevista na Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. Apesar de não ter participado presencialmente da entrevista, construí junto com meus orientadores o roteiro para direcionamento da entrevista.

Após a realização dessas três entrevistas trabalhei com o áudio e a leitura das transcrições. Nessa etapa foi possível fazer releituras das posições observadas, quando realizamos as primeiras entrevistas em 2012 e confrontar percepções com as de 2014. Durante esse trabalho de pré-análise, junto com meus orientadores, observamos a necessidade de procurar outro ator de extrema relevância na judicialização, tratava-se de um promotor de justiça. A escolha baseou-se na presença de registros dos sujeitos no banco de ações judiciais do GPES/UFMG, mas também nas informações dos fóruns, congressos, seminários e Comitê de Saúde do CNJ que o doutorando que faz essa pesquisa participou. A pessoa escolhida foi um promotor com atuação na área da saúde, posição de coordenador e ativo na capacitação de promotores de justiça em Minas Gerais, bem como no trabalho de colaboração do Ministério Público com a gestão em saúde no Estado de Minas Gerais. Assim, no dia 13 de outubro de



2014 realizei a entrevista com o referido promotor, em seu gabinete no Ministério Público de Minas Gerais. A entrevista teve um caráter extremamente interessante, antes mesmo da gravação e assinatura do termo de consentimento o promotor já conversava sobre vários assuntos referentes à judicialização e o trabalho que desenvolvia. A entrevista foi extremamente rica pelo fato de ter sido selecionado um ator com grande envolvimento com o tema.

Cabe acrescentar que todas as dez entrevistas realizadas foram gravadas e os respectivos áudios utilizados para transcrição das entrevistas. Todos os sujeitos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Acertamos com os entrevistados que no momento de fazermos às publicações as transcrições seriam apresentadas para que verificassem a ocorrência de alguma impropriedade. Como pesquisador estive presente em quase todas as entrevistas, com exceção da entrevista com o Defensor Público. Com essa presença, foi possível desenvolver a técnica de observação que permitiu detectar tanto a receptibilidade dos entrevistados, quanto as rejeições ou os desconfortos em responder a uma ou outra questão.

A interatividade na entrevista foi crucial para se entender a abordagem interacionista simbólica, sobretudo, em uma situação em que a entrevista se realizou com sujeitos de formação educacional superior, incluindo a paciente que no caso era médica e que fala do diabetes não só como alguém que buscava cuidados, mas como profissional da saúde. Essa aproximação, em termos de nível de escolaridade, facilitou o controle da qualidade da informação, pois permitiu fazer imediatamente checagens acerca de algumas categorias que emergiam na própria conversa, o que contribui na análise dos dados que visa apresentar as percepções sobre a interferência da indústria farmacêutica nas ações judiciais. Para a análise das entrevistas foram articuladas combinações a partir das respectivas narrativas: médicos prescritores, representantes jurídicos dos beneficiários – advogados particulares e defensor público, magistrados juiz de Direito e desembargador, gestor público e promotor de justiça. É preciso destacar que foi feita a opção por não apresentar os resultados da entrevista com a paciente (P1), pois considerando a perspectiva e o lugar que a mesma falava não seria possível conjugar uma outra narrativa entre as entrevistas realizadas, dados as características específicas da mesma: ser paciente, mas também profissional de saúde, no caso médica.

Finalizando as questões metodológicas, vale ressaltar que a pesquisa sobre o fenômeno da judicialização, da qual a tese faz parte trata de múltiplos aspectos do tema, o que permitiu que o referencial acima apresentado fosse emergindo dos dados ao longo do processo de pesquisa.

### **3.3 Entrevistas semiestruturadas**

Coerentemente relacionada à abordagem Interacionista Simbólica, decidiu-se pela técnica da entrevista aberta semiestruturada, considerando o pressuposto de que existe maior possibilidade que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em situações de entrevista com planejamento aberto do que com entrevista padronizada ou com questionário fechado (FLICK, 2009). Uwe Flick, revisando os trabalhos com entrevistas em regiões com diferentes idiomas (germânico, anglo-saxônico e latino) detectou uma diversidade de tipos de entrevistas semiestruturadas que o autor analisou em termos de suas próprias lógicas e utilidades. Vale lembrar que, nessa empreitada, Flick identifica cinco tipos de entrevistas semiestruturadas, cada uma cumprindo funções diferentes nos estudos qualitativos. Trata-se dos seguintes tipos: focal, semipadronizada, centrada no problema, com especialistas e etnográfica (FLICK, 2009).

Dos cinco tipos apresentados, entendeu-se que o modelo de entrevista semiestruturada com especialistas era o mais adequado a esta pesquisa. Essas entrevistas são utilizadas com o objetivo de reconstruir teorias subjetivas. Este termo se refere ao fato de os entrevistados possuírem uma reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo, que o pesquisador busca reconstruir na análise final (FLICK, 2009). Por exemplo, entendia-se na pesquisa que os diferentes agentes envolvidos no processo de judicialização tinham “teorias subjetivas” a respeito das ações judiciais com foco em medicamentos e conseqüentemente, por meio delas, esses agentes davam sentidos e atribuíaam significados diversificados ao referido fenômeno.

Essa diversificação, como ficou evidente ao longo das entrevistas, tinha marcas da linguagem associadas às posições sociais e profissionais ocupadas pelos sujeitos entrevistados. Por exemplo, o lugar que os médicos ocupam no processo de judicialização é bastante diferente daquele em que os advogados entrevistados se situavam. Ao exporem suas opiniões e seus entendimentos acerca das ações judiciais com foco nos medicamentos, os atores traçam caminhos diferentes, revelam partes específicas das inter-relações que ocorrem no interior do CEIS, nem sempre percebidas pelos analistas que focalizam apenas, na dinâmica do complexo industrial farmacêutico, ou seja, a dimensão econômica. Essas mesmas diferenças de interpretação foram encontradas nas entrevistas com o juiz e o desembargador, com o gestor, o promotor, o defensor público e, também, com a paciente entrevistada. É, portanto, diante dessa grande diversidade de situações que os especialistas em estudos qualitativos sugerem o uso da entrevista semipadronizada. Com este instrumento, os investigadores pretendem captar o conhecimento que os entrevistados têm do tópico em questão. Mas, para isso acontecer é preciso

que se estabeleça técnica adequada para se atingir esse objetivo, a qual será apresentada mais à frente.

Flick (2009) ressalta que, muito provavelmente, nas revelações que são feitas pelos entrevistados, junto às suposições explícitas e imediatas apresentadas de forma espontânea ao responderem a uma pergunta aberta, apareçam suposições implícitas. Para o referido autor, essas suposições precisam ser articuladas. Mas, para que isso ocorra, o autor sugere que o entrevistado seja amparado por apoio metodológico, razão pela qual são aplicadas questões diversas. As questões são utilizadas para reconstruir a teoria subjetiva do entrevistado sobre o objeto em estudo (FLICK, 2009).

Na investigação buscou-se estudar como os sujeitos entrevistados reconstruíam as suas explicações (teorias subjetivas) sobre a possível interferência da indústria farmacêutica no aumento das ações judiciais em Minas Gerais. Durante as entrevistas, os pesquisadores aplicaram questões abertas que seguiam um roteiro incluindo os diversos tópicos que compõem o tema da judicialização com foco na demanda de medicamentos, tais como: a) a política atual, b) as razões que fazem com que demanda se concretize na forma de ação judicial, c) a percepção da pressão das indústrias para introduzir novos medicamentos no mercado, d) a existências de alternativas mais custo-efetivas já são oferecidas pelo SUS.

Cada um desses tópicos foi introduzido por uma questão aberta, mas sempre se colocava, como contraponto, questões “confrontativas” (FLICK, 2009). Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas pela equipe do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES/UFGM), que se reveza, com até seis participantes, na seção inicial, três participantes em outras e um participante nas últimas entrevistas. Embora apenas um deles conduzisse a entrevistas, nos casos em que houve mais de um participante (entrevistas com o desembargador, advogados, médicos e paciente), todos os outros podiam fazer perguntas para esclarecer termos ou conceitos expressos pelos entrevistados que não ficaram muito claros ou trataram apenas de alguns aspectos do tópico estudado. Os entrevistadores poderiam introduzir as questões confrontativas, como se verá mais à frente no momento em que as entrevistas serão analisadas.

Como ressalta Flick (2009), mediante questões abertas o entrevistado pode responder com base no conhecimento que vem imediatamente a entrevista. Este conhecimento pode variar como de fato ocorreu, com os entrevistados no estudo. Uns tomaram como ponto de partida alguém muito próximo de sua vida privada que recorreu à justiça para demandar medicamentos ou tratamento da própria saúde. Outros, ao contrário, apelam à memória ou aos saberes técnicos e científicos para começar a falar sobre a judicialização da saúde no Brasil. No caso, muitas vezes esse conhecimento estava pronto no discurso.

Além das questões abertas, a equipe de pesquisadores lançou também questões controladas pela teoria e dirigidas para as hipóteses da investigação (FLICK, 2009). No presente caso, eram questões que tinham como base o que estudos já assinalavam sobre os efeitos que a judicialização tem produzido no orçamento da saúde no país, nos estados e nos municípios. O intuito era saber se os entrevistados levavam em conta as políticas que já existiam no SUS. Nos casos dos médicos e paciente, a doença, o diabetes, para a qual se buscava um novo medicamento já possuía uma política bastante definida com atendimento para todos os portadores, em todas as partes do país. Também se tinha o intuito de saber como os atores interpretavam o crescente lançamento de novos medicamentos no mercado da saúde para uma doença que já era atendida nos programas públicos e tinha amplo alcance. Lembrando que esse tipo de questão, como destaca Flick (2009), se volta para captar o entendimento do entrevistado sobre posições que supostamente estão socializadas, sejam essas do poder público ou do setor privado. Enfim, estavam em circulação constante nas mídias e nas redes sociais.

Dada à especificidade desse bloco de questões, os respondentes poderiam aceitar ou recusar a dar sua opinião. Como se verá mais à frente, nenhum dos entrevistados se recusou a responder as questões. Em compensação, suas respostas nem sempre eram dadas diretamente. Para chegar ao cerne da questão, muitas vezes o respondente descrevia conhecimentos que tinha sobre o tema para posteriormente entrar na questão de fato, outros traçavam as mazelas das políticas públicas de saúde, para dizer o que de fato pensavam sobre a sua própria atividade que levava à ação judicial. Por fim, foram introduzidas questões que a equipe de pesquisadores considerava como posições críticas em relação às ações judiciais, sobretudo, no que dizia respeito à desconsideração em relação às políticas do SUS e a pressão das indústrias farmacêuticas pelas inovações.

Voltando à obra de Flick (2009), entendeu-se que essa forma de pergunta se enquadrava naquilo que o autor denominou de questões confrontativas. Essas questões, segundo esse autor, são postas pelo entrevistador para confrontar com as explicações e as respostas que os entrevistados teriam dado (ou seja, suas teorias subjetivas) até aquele ponto em que elas são apresentadas a eles. O objetivo de trazer essas questões confrontativas para o cenário das entrevistas é para que essas sirvam de “teorias rivais”, que poderiam ser alternativas à explicação dada pelo entrevistado. O autor ressalta, entretanto, que as questões confrontativas “devem se colocar em verdadeira oposição temática ao enunciado do entrevistado, com o objetivo de evitar a possibilidade de sua integração à teoria subjetiva do entrevistado” (FLICK, 2009, p. 149).

Por isso, o guia de pesquisa deveria incluir diversas versões alternativas dessas questões confrontativas. Na realidade, na pesquisa que ora se relata, essa dimensão foi possível pelo fato de a equipe de entrevistadores ser multidisciplinar, com pesquisadores da área da economia, saúde pública, farmácia e direito. Essas dimensões confrontativas vão aparecer à medida que esses entrevistados introduzem questões intencionais com base em informações de pesquisas científicas que, por vezes, contradiziam as posições dos entrevistados. Cada tópico é introduzido por uma questão aberta e concluída com uma questão que gerasse um embate (FLICK, 2009). Para exemplificar algumas questões abertas que foram utilizadas, descreve-se abaixo o roteiro que orientou as entrevistas com o juiz de Direito, cuja lógica adotada foi aplicada igualmente às outras categorias de atores. Apesar de ser uma entrevista com questões abertas, foi verificada a importância de um guia de pesquisa, no qual constassem os diversos tópicos a serem abordados. O roteiro encontra-se no Apêndice B.

Como se pode observar, no roteiro de entrevista (Apêndice B), buscava-se explorar, de antemão como a judicialização, referente à demanda de medicamentos novos, entra na carreira do profissional enquanto magistrado, e que mudanças ele observava em sua própria prática. Em termos teórico-metodológicos, distribuíram-se, ao longo das entrevistas, os diferentes aspectos que a ação implicava. Da pergunta 2 a 6, e nas perguntas 9, 10, 15, 16 e 20, incluíram-se temas que giravam em torno do conhecimento que o magistrado teria das políticas públicas de medicamentos em vigor no Brasil, naquele momento específico. Em outro conjunto, interrogava-se sobre sua posição acerca dos regulamentos específicos da ANVISA, e de como os mesmos eram considerados em sua decisão. Sobre o litígio entre os entes federados, tendo em vista os constrangimentos que o judiciário provocava aos gestores, perguntava-se como isso era conduzido, que aspectos eram levados em consideração para decidir qual dos entes federados deveria se responsabilizar pelos custos de medicamento conquistado com a ação judicial. Na entrevista queria se saber também que conhecimentos tinham sobre os tratamentos disponibilizados pelo SUS. Por fim, introduziram-se as questões que se referiam especificamente aos processos judiciais. O objetivo dessas perguntas era levantar dados que pudessem auxiliar a configurar a forma como o Judiciário se integraria ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, uma vez que esse setor não figurava ainda, como se mostrou acima, nos desenhos de pesquisa até então realizados sobre o CEIS. Esses procedimentos utilizados na elaboração da entrevista para o magistrado foram usados da mesma forma para analisar as outras categorias envolvidas na judicialização.

A interpretação das entrevistas semiestruturadas seguiram metodologicamente as orientações que Flick (2009) aponta considerando os estudiosos da área que trabalharam com

as mesmas. Trata-se da Técnica da Disposição Estrutural, representação gráfica, que consiste em submeter às entrevistas inicialmente a uma codificação, identificando na fala de cada entrevistado os eixos temáticos que estruturam os seus enunciados. Estes, segundo Flick (2009), uma vez extraídos se transformam em estruturas que permitem também a sua validação comunicativa.

### *3.3.1 Análise das entrevistas*

A análise dos dados seguiu o passo a passo dos pesquisadores que estão ligados ao Interacionismo Simbólico. Dito de outra de forma, no lugar de se partir de categorias pré-estabelecidas, buscou-se construí-las a partir das narrativas e dos enunciados formulados pelos sujeitos entrevistados que estavam envolvidos nas ações judiciais. Como cada um deles situava-se em posições diferenciadas ao longo de todo processo, entendia-se que essa situação os levava a produzir significados diferentes da judicialização como um todo. Seguindo a perspectiva de Blumer (1980), consideraram-se, nas análises das entrevistas dos diferentes atores supracitados, os fatores que estes apontaram para justificar as suas ações, sejam estas as que levam os sujeitos a entrarem como agentes ativos no processo judicial (usuários); sejam aquelas para fornecer as prescrições do produto ou do serviço de saúde reivindicado (médicos, dentistas, psicólogos e outros); sejam para encaminhar a demanda judicial, nos termos da lei (advogados, promotores de justiça e defensores públicos); sejam para justificar ou para esclarecer uma possível posição negativa do setor responsável pela execução da política pública de saúde (gestor); sejam para tomar as decisões finais sobre a demanda encaminhada pelos usuários (juízes).

Diante desse quadro, a abordagem interacionista simbólica leva em consideração os diferentes fatores que podem ser aventados pelos sujeitos entrevistados como sendo aqueles que levaram este ou aquele sujeito a participar ativamente ou não desta ou daquela ação judicial. Para ser mais preciso na identificação de fatores, buscou-se centrar, na tese, naqueles que Blumer (1980) classifica como fatores sociológicos, associando-os, é claro, às prescrições médicas, que indicam fatores relacionados à saúde frequentes em todos os processos consultados. Trata-se, portanto, do fator que desencadeia as ações em todas as instâncias da judicialização concernente à saúde. Aliás, sem as referidas prescrições, não haveria, de forma alguma, processos judiciais. Assim, pode-se dizer com base na abordagem interacionista simbólica, que o papel social dos médicos, no estudo foi preponderante, uma vez que, no interior do processo de judicialização, esse profissional é o mediador primordial para o cumprimento da referida medida.

Buscou-se assim explorar, na análise das entrevistas com os médicos, as interações que eles estabelecem com os demandantes (usuários) para produzir as suas prescrições, supondo que eles as façam interagindo, também, com a legislação que exige uma série de procedimentos técnicos para que as receitas possam ser incorporadas aos processos a serem elaborados e encaminhados pelos advogados ao Judiciário de forma a que possibilitem a tomada de medidas necessárias para o seu cumprimento. Trata-se, pois, de um conjunto articulado de sentidos e significados que são produzidos, como diria Blumer (1980), nas diferentes interações dos sujeitos envolvidos nessas ações.

O caminho percorrido pelo analista passa pela busca de tópicos nas entrevistas que são destacáveis. Ao dissecar, por exemplo, as entrevistas buscou-se identificar que tópicos do assunto estudado mais apareciam em uma ou outra passagem da entrevista, e como esses se conectam à distância às intervenções da indústria farmacêuticas nas políticas de medicamentos no Brasil. Por exemplo, essa proposta foi usada quando se analisa nas passagens em que os entrevistados descrevem as práticas que eles fazem no contexto da judicialização. Por meio dela foi possível verificar os temas e ideias que emergem na prática dos sujeitos e compreender porque eles afirmam determinadas posições e rejeitam outras.

Vale reforçar o que já foi dito anteriormente, que a judicialização é um fenômeno social insuficientemente explicado pelas teorias formais existentes. Vimos como os enfoques CMI, CIS e CEIS não a incluíram em seu escopo. Mas isso não significa que o tema não esteja sendo construído nas práticas da ação judicial ao longo do percurso. Há registros de vários congressos, seminários, constituição de Comitês Estaduais do Conselho Nacional de Justiça, nos quais especialistas e pesquisadores acadêmicos vêm construindo explicações associadas a formas de controle desse processo, assim como de solução para o seu crescimento desordenado. Reitera-se que o ponto de partida da pesquisa era construir essas explicações a partir das práticas dos profissionais que atuam nesse campo. Investigar como eles interagem com as imagens, as pressões, com as mercadorias que as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos lançam no mercado da saúde.

### **3.4 Confidencialidade dos dados empíricos**

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo estão protegidos. O estudo está inserido como parte dos projetos: “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça” (CNPq/GPES/FM/UFMG) e “Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência

farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais em Minas Gerais” (Edital 09/2009 PPSUS/FAPEMIG), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, Parecer N° ETIC 292/08 (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre o objetivo do estudo e procedimentos que seriam utilizados para realizar as entrevistas (ANEXO B).



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Médicos e suas percepções sobre as ações judiciais em saúde

No início da entrevista com a médica selecionada para a pesquisa, denominada como M1, foi apresentado o projeto de pesquisa, o contexto dentro do qual a pesquisa se inseria, a origem dos pesquisadores, a parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para investigação do fenômeno da judicialização, o qual tem gerado impacto econômico no orçamento da saúde em Minas Gerais.

Em seguida vem a apresentação da pergunta que motivou a pesquisa do grupo e um possível pressuposto resposta dos pesquisadores, destacada na fala da coordenadora do GPES: “(...) uma hipótese de que precisa se pensar nos vazios que o sistema tem e que leva, no caso do Brasil, o judiciário a ter um papel realmente importante na pontuação do direito da população”. No terceiro momento de fala da entrevistadora 1 foi feita uma descrição da pesquisa propriamente dita, com destaque para o estudo qualitativo que envolve a realização de entrevistas com atores de perfil relacionado ao fenômeno da judicialização da saúde.

A próxima colocação da entrevistadora é justificar para M1 porque a mesma foi escolhida para a entrevista, dentro do conjunto de prescritores que apareciam no banco de dados das ações judiciais em Minas Gerais. Na continuidade a entrevistadora especifica a informação que pretende coletar naquele momento:

(...) queria que você falasse um pouco para nós como que você vê essa medicação da diabetes, que hoje tem alguns medicamentos disponíveis, em torno dos quais ocorrem os problemas de acesso; então a primeira idéia seria você falar sobre como você vê esses medicamentos, o que diferencia, quais são seus critérios para... (Entrevistador, 08/11/2011)

Após longa explicação de M1 sobre o conhecimento do diabetes e o tratamento da doença, os quais a mesma supõe que os atores envolvidos na judicialização não sabem, foi introduzida a pergunta sobre a razão que motivou o estado de Minas Gerais a ser o primeiro a padronizar a insulina glargina no Brasil. O pressuposto dos pesquisadores é de que o motivo teria sido os vários pedidos judiciais, assim perguntou-se a M1 se a mesma se lembrava de alguma movimentação na época. A resposta de M1 veio com a indicação do motivo, da seguinte maneira: “depende de quem está lá”, a interpretação da entrevistadora é de que M1 falava do gestor e relatou que gestores também estavam entre os atores selecionados para a pesquisa. Com a continuidade da resposta em que M1 destaca a importância de se observar os vínculos que esses gestores possuíam, a entrevistadora pergunta se esse vínculo estaria relacionado às

sociedades científicas. M1 confirma e acrescenta os vínculos com os comitês técnicos. Além disso, M1 menciona a necessidade dos medicamentos especiais serem analisados pelo comitê gestor que deveria ter pessoas isentas para realizar a análise.

A entrevistadora pergunta se essa isenção estaria na universidade, de forma semelhante a que acontece na Inglaterra. M1 concorda e supõe que a inclusão da universidade seria da influência da indústria. Entende que o gestor deveria fazer parceria com a universidade e não com as associações científicas, pois essas têm vieses de pessoas que entram nas sociedades para auxiliar nesse processo. Antes de M1 finalizar esse trecho de sua fala, a entrevistadora introduz a pergunta se ela estava falando de incorporação do medicamento, o que M1 confirmou imediatamente. A proposta de M1 levou a entrevistadora a questionar se a parceria Judiciário e Universidade demandaria a criação de um órgão, que seria uma decisão institucional difícil, M1 rebate dizendo que poderia reduzir custos da judicialização.

Na sequência da entrevista, M1 fala da experiência de um pesquisador com quem ela trabalha que identificou erros de indicação dos medicamentos nos processos judiciais. M1 associa a possibilidade do erro, a um número muito grande de ações judiciais. Posteriormente, fala da experiência com alguns pacientes, a partir daí a entrevistadora menciona que quer fazer entrevista com paciente, então M1 passa a indicar alguns pacientes seus em situações peculiares. Diante dos relatos sobre os pacientes, outro entrevistador identificou em um dos processos de uma paciente de M1, o pedido de duas insulinas com ação semelhante que poderia ser configurado como um erro. Após essa observação, o entrevistador e M1 trocam algumas informações referente ao caso e ela conclui que pode ter havido um erro de preenchimento nos dados do paciente, porque a prescrição feita não era para insulinas de mesma ação.

Outro tema que o entrevistador introduz é sobre uma insulina mais nova que foi incorporada rapidamente pelo SUS. M1 responde que a ação dessa é a mesma, que não a prescreve, por ser nova no mercado. O entrevistador informa que estava padronizada em Belo Horizonte, assim M1 reage, dizendo que não entende porque alguns locais fazem essa incorporação tão rápida. A entrevistadora se diz também impressionada com essa rapidez. Nesse momento, M1 destaca a importância de se investigar esses casos dos produtos novos. Diante do tema da inovação de produtos de saúde, o entrevistador número 5 introduziu uma questão sobre o uso das bombas infusoras de insulina, que seriam vista como algo que se relacionaria apenas com a qualidade de vida, seria apenas isso ou se a disponibilidade fosse para todos, seria interessante utilizá-las? M1 pondera que o uso dependerá da disciplina do paciente, ela relata o caso de um paciente que não tem um controle adequado de alimentação, sofre com hipoglicemias frequentes e a família considera que a bomba resolveria o caso. O

motivo disso deve-se ao fato de que a indústria produtora da bomba disponibilizou o equipamento ao paciente para uso por um período de 30 dias. M1 acredita que provavelmente a família iria pedi-la para fazer todo o processo com o advogado para ganhar a bomba, pois leram na internet que seria a melhor alternativa. A médica diz então que irá alertar a família que se o paciente não fizer a sua parte, a bomba não resolverá.

A partir desse relato a entrevistadora 1 pergunta como M1 vê a movimentação das pessoas para conseguir o acesso pela justiça a bomba de insulina e outras inovações. M1 para responder sobre a necessidade do uso de inovações apresenta uma situação concreta de pacientes portadores de diabetes Lada, os quais desenvolvem a doença na idade adulta, que possuem quadros de hipoglicemia sem ter consciência da dimensão da gravidade. Pela resposta de M1 nesses casos se justificaria a judicialização. No entanto, nos casos que os episódios de hipoglicemia são mascarados por medicamentos para hipertensão, M1 aponta a importância de se retirar o medicamento e não utilizar a bomba para resolver o problema.

Ao continuar a resposta sobre a movimentação para o acesso via ação judicial, M1 relata que os pacientes que tem prescrição da bomba conseguem acessar pela Defensoria Pública ou contratando advogados particulares. Para ilustrar sua resposta, M1 exemplifica com o caso de uma paciente, a mesma era médica assim como seu marido e este ainda era irmão de um juiz, que forneceu algumas informações para construção do relatório médico, que M1 fez e foi utilizado na ação judicial. Posteriormente M1 descobriu que seu relatório que teve sucesso com a ação judicial estava sendo utilizado como modelo para outras ações. A médica considerou esse procedimento um absurdo, por ter transformado um relatório individual em uma padronização de tratamento. Na leitura de M1 essa articulação é feita pelos advogados que pedem aos médicos que copiem um relatório que teve sucesso em uma ação judicial. Interrogada sobre como M1 percebe essa atuação dos advogados, ela responde os classificando como “advogados de porta de cadeia”.

Na sequência, a pergunta para M1 foi se ela sabia como os pacientes tomam conhecimento da possibilidade de entrar com ação judicial no caso da bomba de insulina. A médica relata que a indústria, na fase em que permite o paciente ficar com o equipamento por 30 dias de forma gratuita, já o informa que caso ele goste do produto, podem arrumar um advogado para ele. Ao descrever sua própria experiência M1 relata casos de advogados que a pressionam para construir rapidamente o relatório médico e com os itens que eles julgam necessário para o sucesso da ação judicial.

A próxima pergunta vem com intuito de saber se os pacientes que acessam pela via judicial procuram o SUS ou tem plano de saúde. M1 responde com um exemplo de um paciente

que apesar de não ter plano, não procura o SUS e vai direto ao advogado. Ela descreve que o paciente faz parte de uma família de advogados, tem uma tia juíza em Mato Grosso que os orienta a tentar em Minas Gerais e caso não consigam, busquem no outro estado. M1 define essa relação como uma rede.

O entrevistador seguinte apresenta vários temas dentro da mesma questão, a partir da resposta dada por M1, em que a mesma destaca a relação entre advogados e magistrados para promover a judicialização, o que classifica como uma rede. A partir dessa ideia o entrevistador reafirma a existência de uma rede, mas introduz outros atores, incluindo as ações de pacientes e a própria indústria. Na sequência ele relaciona essa rede com a inovação e as diferentes estratégias para colocá-la no mercado, com o argumento da melhoria na qualidade de vida. Destaca, entretanto que o tema tem que ser discutido considerando o custo, o número de pessoas a ser atendidas para que o individual não sobreponha o coletivo. Ele retoma a fala de M1, na qual a mesma menciona a universidade, como uma parceira nesse processo de decisão quanto à validade das inovações que atendem apenas a um grupo pequeno de pessoas e custa um valor alto para as políticas públicas. O entrevistador então questiona como tomar esse tipo de decisão considerando que por trás dessas ações, podem existir interesses que apresentam problemas éticos.

Em sua resposta M1 toma o discurso da inovação a partir das novas tecnologias. Nesse sentido, aponta a dificuldade de lidar com informações sobre os novos produtos, mesmo nos casos em que se sabe que um medicamento novo não é superior ao outro, é colocado na cabeça das pessoas que o produto é o melhor, o que leva os médicos a prescreverem. M1 reafirma que a academia deveria dar suporte para que isso não acontecesse, mas reconhece também que devido ao sucateamento das universidades isso não acontece. Esse cenário se complica na medida em que os médicos ao se tornarem superespecialistas funcionam como indutores do consumo dos novos produtos, a preocupação maior é com o uso da tecnologia mais recente, apresentada como superior e questões como custo para as políticas públicas são negligenciadas. Para M1 a saída para esse processo é atuar na formação médica, com profissionais menos voltados para o mundo da especialidade e mais ligados às necessidades da saúde pública, no sentido de que os futuros profissionais tenham consciência do contexto que envolve a prescrição médica e o uso dessas em favor da indústria, por exemplo, em uma ação judicial.

Após a entrevistadora 1 destacar a questão do planejamento para formação médica, M1 compara a organização do sistema de saúde na Colômbia com o SUS e entra na questão dos valores investidos para tratamento do diabetes no Brasil, os quais são inferiores a necessidade dos pacientes e em consequência disso geram mazelas, como a falta de insumos e

medicamentos. Nesse sentido, M1 se pergunta: “Então, isso tudo, será que eu não teria que investir muito mais no cuidado? ”. A médica reforça sua posição com um exemplo de uma gestante que por falta de acompanhamento e cuidado teve um filho com más formações fetais.

A pergunta seguinte retomou a discussão sobre as insulinas e a efetividades dessas. M1 comparando a insulina glargina, do ponto de vista da novidade dos medicamentos, disse que seria mais interessante incorporar ao SUS outras insulinas que não são tão novas, como lispro e aspart, mas que são mais funcionais no que se refere à administração do medicamento e a alimentação do paciente. A médica completa dizendo que os casos precisam ser avaliados individualmente, pois algumas padronizações podem ser suficientes para a maioria, como três fitas para medida de glicemia capilar por dia, mas insuficientes em alguns casos, por exemplo, as gestantes que fazem a medida por mais vezes. Para isso, os protocolos precisam ser revisados, a proposta que ela aponta é a padronização das insulinas lispro e/ou aspart com menor regulação do que a insulina glargina, que precisaria de maior controle. A médica acredita que a padronização feita para a glargina no Estado de Minas Gerais talvez represente uma inversão de valores em relação às outras insulinas, mas declara que não sabe o está por trás dessa escolha.

Ao continuar sua fala, a médica descreve que o conhecimento sobre os protocolos de tratamento do SUS chegam aos médicos por meio dos pacientes e representantes da indústria, esses últimos inclusive orientam que os protocolos que os médicos devem preencher também são feitos por pessoas ligadas aos laboratórios farmacêuticos. M1 acrescenta que o paciente e os representantes de laboratório fazem uma parceria para difundir os novos produtos que apresentam maior custo, como é o caso da insulina glargina.

A próxima pergunta para M1 envolve os pacientes que fizeram solicitações para pedir tiras para glicosímetro, um insumo teoricamente barato, mas que levou às ações judiciais. A médica então relata a dificuldade das gestantes que precisam fazer mais medidas de glicemia ao longo do dia e por isso consomem mais tiras. Essas pacientes muitas vezes não conseguem ter acesso às tiras e acabam sem medir a glicemia. Além disso, a médica destaca que em alguns municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, a situação é mais grave e as tiras podem estar muitas vezes em falta. Em razão da resposta de M1 foi perguntado como poderiam ser solucionados os casos em que os protocolos determinam o fornecimento de uma quantidade de insumo e os pacientes necessitam de mais do que está padronizado. A médica responde dizendo que “tem medo de protocolo”, pois amarra a maneira como os médicos, principalmente os mais novos, lidam com os pacientes. Para resolver essa questão, mais uma vez à médica destaca a universidade, nesse caso como um suporte a construção dos protocolos e a na formação médica.

A questão dos superespecialistas é retomada, nesse sentido um dos entrevistadores pergunta por que a judicialização se concentra nos especialistas para saber se o profissional médico é um especialista ou existem outras dimensões. M1 responde que é uma especialista e não está de acordo com as prescrições de insulina glargina que são feitas, inclusive na gravidez, e geram a judicialização. Assim, a médica mostra que o problema não é a especialização do médico e sim sua possível atuação como especialista para ser *speaker* das indústrias farmacêuticas. M1 afirma que todos os *speakers* são comprados e cita exemplo de embate que teve com um desses profissionais em uma palestra, na qual o médico defendia o uso da glargina na gravidez, algo que era contrário à literatura. O problema segundo M1 é que esse superespecialista era muito reconhecido e o seu papel de *speaker* e envolvimento com a indústria promovia uma prescrição inadequada da insulina glargina. M1 disse inclusive que tinha medo dessa relação dos especialistas com a indústria. Outra forma que M1 utilizou para exemplificar essa situação é a estratégia dos laboratórios farmacêuticos, quando passavam uma tabela nos congressos para os médicos preencherem, o intuito desse instrumento seria para destacar os principais nomes em algumas áreas que falariam de determinados assuntos, como por exemplo, a insulina glargina. Normalmente, os mais indicados pelos médicos, denominados por M1, como “o cara”, é procurado pela indústria farmacêutica para realizar as palestras. Dentro desse contexto também se encontra a mídia, pois o perfil escolhido do superespecialista pela indústria é de alguém que agrada os meios de comunicação.

Na sequência uma das entrevistadoras comenta que esse superespecialista seria um difusor, M1 confirma e diz que é alguém especial para a mídia e que ela conhece vários em Belo Horizonte. Os congressos científicos que deveriam ser para formação continuada tornam-se um espaço de difusão dos produtos dos laboratórios farmacêuticos, na medida em que esses *speakers* são convidados para proferir palestras com informações que a indústria quer que eles falem. M1 aponta que nesse cenário acontece na verdade uma indicação continuada.

A entrevista segue com uma pergunta sobre a opinião de M1 sobre a judicialização, se ela considerava algo positivo. M1 responde que sim, ressaltando que deve acontecer nas exceções, as quais devem ser entendidas como regra, tal como tem acontecido hoje em dia. Quando perguntada se a judicialização desestrutura a gestão, a médica responde que o sistema que faz a gestão é que está corrompido ou inadequado, mas não saberia identificar o ponto dessa falha. Perguntada sobre a capacidade de o Judiciário perceber que o caso é uma exceção, o que justificaria a judicialização, M1 responde que esse é o problema, pois para os juízes entenderem que se trata de uma exceção e não uma regra deveria ter uma assessoria. A necessidade desse apoio aos magistrados se deve ao fato de que os *speakers* a serviços das indústrias, apresentam

os casos excepcionais como regras, M1 dá como exemplo um médico que faz palestras em congressos por Minas Gerais sobre a bomba infusora de insulina, tentando mostrar que o equipamento deveria ser utilizado por todos os pacientes diabéticos. Ela então questiona, “será que ele tem essa seleção assim, tão criteriosa, para 100% dos pacientes dele usarem bomba? E acrescenta “ele é *speaker*, ele fala no Brasil inteiro inclusive”.

Esse *speaker* já havia sido identificado no banco de dados de ações judiciais em Minas Gerais e foi um dos sujeitos entrevistados na pesquisa. O mesmo foi denominado M2 e a construção da entrevista feita com o mesmo será descrita a seguir.

M2 é um médico que foi vice-presidente de uma sociedade médica que trabalha o diabetes, é uma pessoa com diabetes *mellitus*, professor de ensino superior e se apresenta como um filantropo. A entrevista foi realizada no consultório de M2, inicialmente apresentamos o projeto de pesquisa e o objetivo da entrevista. A partir daí o entrevistado fala de forma geral sobre a doença, as insulinas em geral, as necessidades do paciente com diabetes que envolvem dos medicamentos e insumos o acompanhamento nutricional e fisioterápico. O médico informa ter participado protocolo para fornecimento da insulina glargina em Minas Gerais e termina sua apresentação descrevendo o projeto filantrópico que desenvolve em Minas Gerais com apoio da iniciativa privada (laboratórios farmacêuticos e rede de farmácias) para atender crianças com diabetes em colônias realizadas em hotéis fazendas em finais de semana.

Quando M2 terminou a auto apresentação, a primeira pergunta feita foi sobre como iniciou o trabalho de filantropia com as crianças. M2 responde que é como um sonho e ao mesmo tempo a resposta a uma necessidade de acrescentar informações para às crianças que não são possíveis de serem transmitidas no tempo de uma consulta. O médico descreve o formato como é realizado o trabalho filantrópico que corresponde a uma colônia itinerante onde as crianças desenvolvem atividades físicas com fisioterapeutas e educadores físicos, as refeições são monitoradas, enfermeiras ensinam a aplicar insulina e fazer o exame de ponta de dedo para medida de glicemia capilar, além de três endocrinologistas. No atendimento as crianças são disponibilizadas bombas infusoras de insulina, lembrando que esse equipamento é motivo de muitas ações judiciais, inclusive dizendo que custa em torno de 10 a 12 mil reais. M2 considera uma terapêutica padrão ouro no tratamento do diabetes *mellitus*. Destaca que o uso da bomba no exterior tem um crescimento geométrico, enquanto no Brasil ainda é linear. Os seguros privados de saúde bancam o tratamento, o que não acontece no SUS. M2 termina a sua apresentação informando que na colônia as crianças terão conhecimento das novas terapêuticas.

Interrogado se o trabalho filantrópico é uma associação M2 responde que não, que não é uma Organização Não Governamental (ONG), mas que recebe auxílio da indústria farmacêutica e de uma rede de drogarias renomada. Na época da entrevista a colônia já tinha 13 anos de existência. M2 afirma que a manutenção da colônia é cara e sem a iniciativa privada não seria possível mantê-la. Perguntado sobre o financiamento, M2 disse que são vários laboratórios farmacêuticos relacionados com a produção de bombas, fitas e insulinas. Na sequência ele acrescenta que a rede de drogarias colaborou no passado com 100% dos recursos para a colônia, percentual que se reduziu ao longo dos anos. Esse trabalho que M2 fez com apoio da rede de drogarias foi publicado em artigos de revistas brasileiras de medicina, descreve o trabalho como ensaios clínicos, em que o paciente era o controle dele mesmo. Tendo em vista que M2 informou que as colônias não eram uma ONG, foi perguntado a ele como era a captação das crianças, o médico responde que é pelo site, na interação entre as crianças, as redes sociais, os panfletos, as propagandas de rádio e a rede de drogarias.

Na sequência foi perguntado a M2 qual a sua posição sobre a política para o diabetes que tem no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde, pediu-se que ele apontasse os pontos fortes e fracos. Como ponto forte M2 aponta que sua presença como representante da Sociedade Brasileira de Diabetes para reivindicar os incentivos que ele considera que faltam no tratamento da doença. M2 fala que a sociedade ainda faz muito pouco pelo diabetes em comparação com associações de portadores de outras doenças, como os portadores de HIV que conseguem a inclusão de todo medicamento novo na política pública, o que não acontece com o diabetes. M2 acredita que a visibilidade dada pelas associações a AIDS proporcionou a incorporação de todas as reivindicações, o que na concepção dele não acontece com o diabetes por ser uma doença silenciosa, assim não há o investimento. Ele disse inclusive que se chegasse à presidência da sociedade iria ampliar as reivindicações. M2 aponta que embora existe um plano do governo federal para tratamento do diabetes e hipertensão, poucas opções farmacológicas são disponibilizadas, o médico destacava à época que para o diabetes mellitus tipo I, dos 48 tipos de insulina disponíveis mercado somente duas eram fornecidas e para o diabetes tipo II das 60 medicações, apenas metformina, glibenclamida e glicazida são fornecidas. Um dos entrevistadores destacou também outros medicamentos que também são disponibilizados no SUS, mas M2 seguiu considerando que eram poucos. O segundo ponto forte da política do diabetes destacado por M2 foi a incorporação da Lantus (insulina glargina), pelo Estado de Minas Gerais, o médico disse inclusive que: “foi a maior conquista do governo do estado”.



Em relação aos pontos fracos da política, M2 indica à burocracia, a dificuldade dos protocolos, a falta de fitas para glicemia e até mesmo a perda desses produtos nos postos de saúde, mas volta em um ponto positivo que é a forma menos burocrática que a prefeitura de Belo Horizonte definiu para fornecer insulinas de ação ultrarrápida. M2 propõe como solução para corrigir as falhas dos protocolos seria ouvir os especialistas da sociedade médica do diabetes. Outro ponto fraco na percepção de M2 é a falta de dados estatísticos em Minas Gerais sobre os portadores de diabetes, essas falhas ele também relaciona a sua crença de que existem mais diabéticos do que é descrito pelo Estado e que, além disso, existem pessoas com propensão a se tornar doentes que não são monitoradas. Na concepção de M2 prevenir a doença seria iniciar o uso de medicamentos de forma precoce e as doenças mencionadas por ele, já possuem políticas públicas de prevenção e tratamento.

M2 havia mencionado que participou na construção do protocolo para fornecimento da insulina glargina em Minas Gerais, então foi pedido que descrevesse como foi esse processo. O médico disse que seu grupo indicou a realização de um exame para comprovar que o paciente tinha diabetes, contudo, esse exame não era fornecido pelo SUS, ele tenta minimizar dizendo que é preferível o paciente pagar o exame a comprar o medicamento, que é mais caro. Diante dessa afirmação o entrevistador aponta uma contradição da proposta do médico enquanto consultor da Secretaria de Estado de Saúde, por ter indicado um exame não coberto pelo SUS, o que seria um fator de impedimento para o acesso à insulina glargina, a qual o médico considera uma conquista. Para completar o raciocínio, foi acrescentada a pergunta se não poderia ser utilizada uma alternativa para comprovar que o paciente era portador de diabetes ou simplesmente não criar um protocolo com um exame que não é fornecido pelas políticas públicas, visto que M2 havia afirmado que os demais exames com resultado positivo, poderiam ser utilizados para o protocolo. O médico argumenta dizendo que não saberia responder burocraticamente, pois essa decisão não seria do ponto de vista técnico da medicina e o exame, apesar de não ser fornecido pelo SUS, seria o mais fidedigno e diz que se fosse gestor incluiria no rol de exames para o diabetes. Assim, no pensamento de M2 quem deveria responder a essa questão são os gestores.

Dentro do tema da incorporação da insulina glargina foi perguntado a M2 se houve resistência quando da padronização pelo Estado de Minas Gerais. O médico respondeu que existia uma competição entre laboratórios farmacêuticos, em que outra indústria, a qual produzia a insulina detemir, também disputava a incorporação ao SUS. Somado a esse fato existia a competição dessas insulinas com a insulina NPH, a qual é padronizada no SUS, para mostrar que seriam mais eficazes, o justificaria a incorporação. M2 menciona pesquisadores da

universidade federal que afirmavam que não havia diferença das novas insulinas para NPH na redução da glicohemoglobina e a vantagem é que a última já está disponível no SUS. No entanto, ele argumenta que embora a NPH reduzisse a glicohemoglobina, a insulina glargina iria proporcionar menos episódios de hipoglicemia, fator que mais preocupa as famílias dos pacientes. O entrevistado pergunta a M2 se esse fator é o diferencial. A resposta de M2 segue na linha de argumentar porque a glargina é melhor que NPH pelo fato de tranquilizar as famílias. O médico faz o questionamento sobre o SUS não ter os melhores medicamentos, que na visão de M2 seriam as novidades do mercado. Ele também explicita o conflito entre o direito social à saúde e o individual, na medida em que usa a expressão “Uma coisa é óbvia, você não vai querer usar isso para o seu filho? Um medicamento que é melhor? ”. M2 entende o SUS como um sistema para pessoas pobres, como pode ser visto na seguinte passagem: “não é só porque o cara é pobrezinho que está lá no SUS não...”, reforça esse pensamento, ao falar que a escolha de um medicamento que está no SUS é como se o médico fizesse o papel de assistente social, oferecendo um produto mais barato e supostamente de qualidade inferior. Na sequência de sua justificativa sobre a superioridade da insulina glargina em relação à NPH, M2 utiliza-se de uma renomada revista científica para mostrar que no processo de administração do medicamento é necessária uma maior homogeneização, fato que fortalece a prescrição da glargina. Ele expressa o conflito que tem com outros grupos de médicos, os quais tem apontado o risco de câncer no uso da insulina glargina, ao dizer que os mesmos prescrevem a insulina NPH que possui mais de 40 anos, a qual sem o devido cuidado na administração pode ser inócua.

A pergunta seguinte vem no sentido de saber se o problema da administração da insulina NPH seria apenas uma falha na educação do paciente. M2 havia dito que seria preciso homogeneizar 20 vezes e caso isso não acontece à insulina não teria efeito. Por se tratar de algo bem possível de ser feito, foi perguntado a M2 se a glargina seria melhor que a NPH apenas no aspecto da comodidade, o que ele pareceu demonstrar que sim, pois respondeu: “quem tem tempo de fazer vinte vezes assim”. Esse trecho reforça a comodidade, pois parece ficar claro que a adaptação ao modo de administrar a NPH, pelo paciente, que recebeu uma educação do profissional de saúde de forma adequada é possível.

Ao continuar o questionamento sobre a comparação entre a insulina glargina e NPH, um dos entrevistados procurou apresentar os aspectos relativos à economia da saúde como custo-efetividade da glargina e bomba de insulina em relação aos medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS. O objetivo era para saber o que M2 pensava sobre o tema. M2 começa a responder dizendo que o uso da glargina leva a menos episódios de hipoglicemia e cita exemplos de pessoas que passaram por situações limites com grande risco à vida delas ou

de outros em razão desses episódios. Para concluir mostra que em sua prática médica não se preocupa com questões relativas a custo-efetividade. Ele inclusive volta uma pergunta ao entrevistador: “Custo-efetividade em termos de que?” E ele mesmo responde: “em termos de glicohemoglobina que está comparando”. O entrevistado retoma a fala e diz que em termos de gastos do sistema de saúde. M2 volta a mostrar que não o preocupa, ao dizer: “não sou economista da saúde”. O entrevistado então faz outra pergunta para saber se os objetivos pretendidos fossem atendidos pelas duas insulinas estaria tudo certo. M2 responde que seria uma outra questão, mas que não conhecia estudo que falasse sobre isso. O entrevistador recoloca que em termos de eficácia existe. M2 responde com uma pergunta, “o que você está chamando de eficácia? ”, mas responde reproduzindo o que havia dito acima. A discussão da economia da saúde é retomada após essa resposta, quando o entrevistador pergunta se a bomba infusora de insulina seria viável para o sistema. M2 responde inicialmente reconhecendo que talvez seja o médico que mais prescreve bomba no país, mas logo em seguida ele pondera que é injusto a bomba, que é um equipamento caro, ser fornecido a uma pessoa e milhares de pessoas ficarem sem um insumo, como por exemplo, a fita de glicemia. M2 relata um caso em que fica explícito que as ações judiciais podem gerar absurdos, como o caso de uma pessoa que ganha à bomba de insulina na justiça, sem que tivesse conhecimento do pedido ou como utilizava o produto. M2 disse que foi procurado para ensinar como a paciente deveria usar o equipamento e passa a falar da necessidade de um protocolo para uso da bomba, em que o paciente passaria pelo uso de várias insulinas e a bomba seria a última alternativa. Além disso, coloca a necessidade do paciente cumprir critérios, sem os quais o mesmo perderia o direito de ter a bomba ou qualquer outro medicamento.

Com intuito de adentrar mais especificamente no tema da judicialização da saúde foi perguntado a M2 quando surgiu essa possibilidade de acesso dos pacientes dele pela justiça, o primeiro caso e o contexto. O médico respondeu que foi um caso de bomba infusora de insulina com uma pessoa que tinha alergia a insulina, tinha um irmão que era advogado e o mesmo vislumbrou a possibilidade de conseguir na justiça a bomba. A partir daí que M2 decidiu fazer o relatório médico para a ação judicial. M2 foi convocado pelo juiz para falar sobre o relatório que havia produzido. Em seguida M2 menciona outro caso em que foi indicado, porque as pessoas sabiam de sua presença, como médico, de pacientes que entraram com ações judiciais. O médico diz que já teve que refazer alguns relatórios até que o juiz desse a sentença favorável a seu paciente. Depois desse relato M2 fala que não ficava incentivando o paciente a entrar na justiça, mas se o mesmo não recebe o que é preciso ele atua.

Seguindo o tema da judicialização um dos entrevistadores pergunta se ele conhece os advogados que atuam nas ações. M2 respondeu que deixa os pacientes a vontade, mas que conhece alguns que “parecem ter o caminho das pedras”. Após o médico descrever alguns casos de profissionais que atuam nas ações judiciais foi perguntado a M2 qual a sua posição sobre a inovação. Ele responde que tudo que é novo viria para melhorar e exemplifica com a comparação entre um carro de 1968 e outro de 2012, ou seja, no âmbito de produtos. Segue a sua resposta ao contar uma situação em que foi a Índia a convite de uma empresa desse país que iria produzir insulina glargina. O médico mostra conhecer o público indiano e o consumo de insulina e descreve um mercado promissor pelo número de habitantes da região. Continua seu relato mencionando as novas tecnologias ligadas a informática e telefonia celular que permitirão o controle a distância do paciente diabético, que iria enviar informações para seu médico, tornando o tratamento mais prático.

A pergunta seguinte tem o objetivo de saber a posição de M2 sobre a relação entre os profissionais médicos e os laboratórios farmacêuticos, a relação de lucro e a distorção que pode ser gerada nos ensaios clínicos e conseqüentemente nas evidências científicas. A resposta de M2 começa no sentido de se proteger dizendo que: “Eu tenho muito medo disso, agora, se a gente não confiar na ciência onde a gente vai?”. O médico diz que a relação é necessária e deve ser harmoniosa, a indústria pode ser um auxiliar caso tenha compromisso ético, na visão de M2 a indústria farmacêutica, sem compromisso ético, quando financia a viagem de um médico, deveria ser responsabilizada e não o profissional. Inclusive relata suas viagens que foram patrocinadas pela indústria, diz que fez palestras para falar da insulina glargina, contudo, sem utilizar o nome da marca. O médico termina a fala insistindo na relação harmoniosa com a indústria e também da necessidade de concorrência entre as mesmas, para reduzir os preços dos produtos, o que seria interessante para o governo. Nesse contexto, ele valoriza a ação dos laboratórios que trabalham juntos em manifestações sociais de massa, como por exemplo, o futebol. Esse *pool* de laboratórios também permite a redução do preço dos produtos. Na concepção de M2 esse *pool* seria responsável pelo controle do preço de mercado. M2 acredita que a indústria tem um papel social interessante e como exemplo cita o financiamento dado às colônias de pacientes que coordena. Na mesma linha dessa temática foi perguntado a M2 se o mesmo se sente constrangido em declarar conflitos de interesses e auxílio financeiro do laboratório para o qual está fazendo uma palestra. M2 responde que não se constrange, faz palestras para vários laboratórios, ou seja, é um *speaker*, quando recebe de um laboratório fala do produto desses, sem denegrir outros produtos concorrentes. Desse modo, encerrou-se a entrevista com M2 defendendo a posição de que mantinha uma conduta ética e que seu trabalho

filantrópico em parceria com a indústria colaborava para a política pública de saúde para o tratamento do diabetes *mellitus*.

A partir da análise das entrevistas com os médicos prescritores nas ações judiciais foi produzido o artigo “A Judicialização da Saúde na percepção dos médicos prescritores”. O referido artigo foi aceito para publicação no periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação, uma publicação eletrônica, de acesso aberto, interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde – Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Ciências Sociais e Humanas. O artigo está apresentado no Apêndice A da tese.

#### **4.2 Representantes jurídicos nos processos de judicialização na área da Saúde: Como eles percebem a presença dos Laboratórios Farmacêuticos nessas ações?**

No item anterior, buscou-se conhecer a partir de entrevistas com médicos que fizeram prescrições, que foram utilizadas para dar abertura a processos judiciais, seja para solicitação de medicamentos, equipamentos de saúde e/ou para atendimentos especiais não previstos no SUS, a percepção que eles tinham sobre a interferência das indústrias farmacêuticas.

Na presente seção, será analisada a percepção de outros sujeitos que participam desse mesmo processo só que na condição de representantes jurídicos dos pacientes. Estes podem ser públicos ou privados. Ambos têm formação em Direito e cumprem funções específicas de acordo com lugar que ocupam na ação processual. Antes de entrar na análise direta das percepções desses atores, retomam-se alguns pontos levantados em capítulos anteriores que historiavam as origens da judicialização da saúde no Brasil. Esta, segundo Coelho da Silva (2013), chega ao contexto brasileiro após a redemocratização trazida pela Constituição de 1988. De lá para cá, o direito à saúde tem tido muitas interpretações, de acordo com os lugares, social e institucional, que os agentes envolvidos se localizam. Serão descritos e analisados os pontos de vistas dos operadores do direito para os quais a judicialização surge como um fato novo que precisa ser assimilado por todos os agentes que dele participam. Foi nesse momento, segundo o referido autor que o legislador preconizou a dignidade humana, com acesso livre à Justiça, reforçando a importância do Judiciário que se tornou, de certa maneira, um guardião das garantias dos direitos fundamentais (COELHO DA SILVA, 2013).

Analisando esse mesmo cenário, Barroso (2012) reforça o peso da constitucionalização nas matérias que eram deixadas para o processo executivo e parlamentar, mas, hoje, chegam ao Judiciário. Atualmente, é possível judicializar praticamente qualquer direito. Isto acontece porque, segundo o referido autor, a Constituição Federal possui enorme abrangência (BARROSO, 2012). Mas parece que essa abrangência não afetou diretamente os escritórios de advocacia particulares. Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005) analisando os mandados judiciais para garantia do acesso a medicamentos, no Rio de Janeiro, entre 1991 e 2002, afirmavam que, em seus registros, os escritórios privados não eram os principais condutores das ações, mas sim a Defensoria Pública. Segundo as autoras com as informações de menor participação de escritórios particulares, pelo menos no período estudado, as ações judiciais por medicamentos não se configuravam como mercado para a advocacia particular (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Alguma coisa mudou, como ressalta Barroso (2012).

Em geral, tem-se associado o aumento de processos judiciais por medicamentos às pressões dos laboratórios. Entretanto, com esse dado, não se deve desconsiderar a criação de uma “indústria da judicialização da saúde”, no Brasil, nos últimos tempos (BOING *et al*, 2013). Considerando-se os estudos que foram feitos a partir dos anos 2000, tratando do tema da ação dos escritórios de advocacia nas ações judiciais relacionadas à saúde, observa-se, nos estudos mais recentes, uma mudança clara quanto ao papel dos advogados privados relacionada ao aumento da judicialização. Em função dessa indústria, os escritórios de advocacia se especializaram em conduzir ações contra os três entes federativos (BOING *et al*, 2013). Aumentou-se, com isso, o número de associações de portadores de diversas doenças, explicitamente apoiadas por laboratórios farmacêuticos, cujos interesses não se restringem, obviamente, à garantia do direito à saúde (BOING *et al*, 2013). Esses grupos se associam a escritórios de advocacia que estimulam ações judiciais e, hoje, estão entre os vetores mais importantes desse tipo de processo. Em muitos casos, são os funcionários de laboratórios internacionais que incentivam essas ações mobilizando, principalmente, os escritórios de advocacia. Um exemplo desse tipo de contravenção foi registrado por Boing *et al* (2013), analisando o caso que ocorreu em São Paulo, em 2008. Ali, foi identificada uma estratégia articulada por funcionários de 4 laboratórios, sendo 3 internacionais e 1 nacional. Estes praticaram atos contra a gestão pública, por meio de processos fraudulentos, em que se utilizavam prescrições médicas falsas para a obtenção de medicamentos por meio da via judicial.

Buscando aprofundar esse episódio com vistas a levantar material para a presente tese, selecionamos trechos da Ação Civil Pública proposta por dois Procuradores do Estado de São

Paulo, com intuito de exemplificar formas de atuação dos escritórios de advocacia nas ações judiciais por medicamentos. Segue trecho da referida ação:

As investigações iniciaram levando em conta as informações fornecidas pela Procuradoria Regional de Marília, da Procuradoria Geral do Estado, unicamente sobre ações judiciais existentes na Comarca de Quatá. Eram, então, cinco as ações ajuizadas, a envolver 18 autores, todos supostos portadores de psoríase grave, reclamando que o Estado custeasse o fornecimento de drogas biológicas, de custo elevadíssimo: o Etanercepte (Enbrel), do laboratório Wyeth, o Infliximab, (Remicade), do laboratório Mantecorp e Efalizumabe (Raptiva) do laboratório Merck Serono. Um simples confronto entre as petições iniciais e os documentos que as instruíam possibilitou extrair alguns fatos comuns: Todas as iniciais foram impressas em papel com o timbre da “Associação dos Portadores de Vitiligo e Psoríase do Estado de São Paulo” (APEVPESP), com sede em Marília; Os relatórios médicos acostados às iniciais sempre apresentavam a mesma redação, para cada um dos medicamentos; Todos os relatórios médicos faziam referência ao uso de terapia anterior, mas sem sucesso, com os medicamentos ditos convencionais, disponibilizados no âmbito do SUS: acicretina, ciclosporina, metotrexato, corticoides de uso tópico e fototerapia. As iniciais apresentadas, que tinham por objeto o fornecimento dos medicamentos Efalizumabe (Raptiva) e Etanercepte (Enbrel), eram assinadas pela advogada X<sup>10</sup>, de Marília; As iniciais que tinham por objeto o fornecimento do medicamento Infliximabe, (Remicade), eram subscritas pelo advogado Y<sup>11</sup>, de Bauru (SÃO PAULO, 2011).

Como se pode ver na Ação civil supracitada, há uma clara definição de que, entre os agentes articulados pelos laboratórios farmacêuticos, estão médicos e advogados, prescrevendo e subscrevendo, respectivamente, os documentos que compuseram as ações ajuizadas. Chama a atenção a estratégia utilizada pelos laboratórios de envolver no processo uma associação de pacientes para cancelar a ação judicial, encobrindo os interesses privados sob a capa da filantropia. Tudo era arranjado de forma a dar um caráter normal e legal à organização, sem levantar suspeitas:

Segundo o relato dos pacientes, era a Associação que agendava as consultas médicas. Era também a Associação a responsável por reter as cópias dos documentos pessoais dos pacientes e comprovantes de residência, assim como por colher as assinaturas nas procurações *ad judicia* e declarações de pobreza, quer em sua própria sede, quer no próprio consultório do médico prescritor (SÃO PAULO, 2011).

Buscando conferir o teor de realidade dos relatos dos pacientes, os Procuradores do Estado descobriram mais uma estratégia do laboratório farmacêutico. Este, na realidade, conseguiu o que queria: que os pacientes acreditassem e divulgassem a ação filantrópica da Associação de pacientes que mediava seus interesses comerciais, camuflando-os dessa maneira. Em depoimentos, os Procuradores informaram que os mecanismos eram de outra natureza:

O laboratório Wyeth fez algo diferente. Embora nunca tenha desprezado a importância da Associação dos Portadores de Vitiligo e Psoríase – até porque realizava pagamentos mensais para difundir a marca Enbrel e propagandear a necessidade de sua prescrição –, preferiu não deixar sob sua responsabilidade a função de organizar a demanda de pacientes e servir como “ponte” entre médico e advogada. Tudo, em verdade, era organizado dentro de um programa mantido pela Wyeth,

<sup>10</sup> Por questões éticas se retirou o nome da advogada

<sup>11</sup> Por questões éticas se retirou o nome da advogada

chamado “Bem-Vindo”, que oficialmente se propunha a servir como um canal de prestação de serviços aos portadores de doenças auto-imunes, possíveis consumidores da droga Enbrel. O Programa “Bem-Vindo”, contava até mesmo com um número de telefone 0800-726-7272, para atendimento dos interessados e disseminação de suas propostas promocionais. Em notícia ainda encontrada no sítio eletrônico do laboratório Wyeth, datada de 28 de outubro de 2007, tem-se a dimensão oficial do programa: “Na tenda da Wyeth o visitante ainda receberá material explicativo sobre a doença com informações de sintomas, sugestões de como falar com o reumatologista, tratamento, diagnóstico e contatos das associações de pacientes e médicos.” Por detrás dessa fachada de simples captação de “novos clientes”, o laboratório realizava mais. Conforme acabou revelado no curso das investigações policiais, era por meio do programa “Bem-Vindo” que o laboratório Wyeth organizava as prescrições junto aos médicos e controlava o fluxo das ações ajuizadas. (SÃO PAULO, 2011)

Esses detalhes reforçavam a literatura crítica da judicialização de medicamentos que já apontavam a possibilidade de associações de pacientes que proliferaram no Brasil poderem estar a serviço dos interesses da indústria farmacêutica sem que isso lhes causassem incômodo (CHIEFFI; BARATA, 2010; MEDEIROS; DINIZ; SCHWARTZ, 2013). Quanto aos escritórios advocatícios, ficou claro que seus representantes acertaram, com o laboratório, manejar as ações judiciais, visando compelir o Estado de São Paulo, mediante coerção do Poder Judiciário, a comprar e fornecer os medicamentos que eram produzidos por aqueles três potentados da indústria farmacêutica. Oferecendo uma pequena amostra da atuação dos representantes da indústria farmacêutica em questão, o texto da ação pública, em apreço, mostra como estes negociavam com médicos e advogados, remunerando-os com valores pré-estabelecidos, autorizando-os, previamente, a fornecer o maior número possível de ações judiciais. O resultado preliminar dessas negociações está, assim, descrito no texto da ação pública:

Uma pequena amostra do sucesso desta empreitada pode ser notada através da análise de um dos diversos contratos de fornecimento de medicamentos que a empresa Merck manteve com o Estado de São Paulo, no valor de R\$ 6.101.280,00 (seis milhões e cento e um mil, duzentos e oitenta reais), para o fornecimento de 7.200 (sete mil e duzentos) frascos de Raptiva 125mg. A operação engendrada persistiu por mais de um ano, até que outras empresas farmacêuticas, a Mantecorp com o medicamento Infliximab (o Remicade), e o grupo farmacêutico Wyeth com o medicamento Etanercepte (o Enbrel), passaram a concorrer dentro do mesmo esquema (SÃO PAULO, 2011).

Uma vez descrita a estratégia das indústrias, apresenta-se, a seguir, como os escritórios de advocacia eram persuadidos a agir em função dos interesses exclusivos dos laboratórios:

No início de 2008, a advogada X foi procurada pelo representante comercial do laboratório Wyeth, (...), que dizia conhecer o esquema então mantido com a indústria farmacêutica Merck, para difusão dos medicamentos imunobiológicos. O representante do laboratório Wyeth tinha uma proposta a fazer: introduzir um novo medicamento, o Etanercepte (nome comercial Enbrel), como objeto das futuras ações judiciais, em razão de uma alegada superioridade terapêutica, se comparado com o fármaco produzido pela indústria farmacêutica concorrente. Além disso, o Etanercepte (o Enbrel) não precisaria ser prescrito apenas para os casos de psoríase,



ao contrário do Efalizumabe (Raptiva) que tinha apenas essa indicação terapêutica. Descortinava-se, assim, a possibilidade de sua indicação para outras doenças auto-imunes, artrites reumatóides, artrites psoriáticas, espondilite aquilosa, etc. Para tanto o laboratório se propôs a pagar para a advogada X a importância de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) mensais, para que as novas ações judiciais versassem sobre a necessidade de dispensação do Etanercepte (Enbrel). Prometeu-se, também, mais R\$ 1.000,00 (mil reais) mensais para a ASSOCIAÇÃO DOS PORTADORES DE VITILIGO E PSORÍASE, para que esse novo medicamento fosse incluído entre suas campanhas, palestras e ações assistenciais por todo o Estado. A advogada, no entanto, condicionou a concretização da avença ao pagamento de uma “dívida, por atuações anteriores”, no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), o que foi prontamente aceito pelo representante da empresa Wyeth. Acordo fechado, o pagamento da importância de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) foi realizado em três prestações, na conta da Associação, para serem repassadas unicamente à advogada (SÃO PAULO, 2011).

Uma parte da estratégia da indústria farmacêutica, usando ações filantrópicas e/ou associações de pacientes, para induzir a ação judicial com o objetivo de forçar a compra de medicamento ou equipamento de saúde pelo Estado já apareceu no capítulo anterior, quando se analisava a descrição que M2 fazia das colônias de fim de semana com crianças portadoras de diabetes. Eram eventos integralmente financiados pelas indústrias farmacêuticas com apoio de uma grande rede farmacêutica privada. Entretanto, no episódio das colônias relatado por M2, não se tinham os detalhes apresentados, no texto acima, pelos procuradores do Estado de São Paulo. Analisando-os minuciosamente, compreende-se a importância de se estudar os fatores que explicam o aumento da judicialização da saúde no Brasil, justamente por que eles trazem uma série de nuances que não têm como serem reveladas em estudos quantitativos. O máximo a que se chega com este tipo de procedimento é detectar que um único advogado ou médico concentra um grande número de processos de judicialização. Esta concentração é sempre vista como um indicador de que o profissional presumivelmente se encontra a serviço dos interesses da indústria. Mas isso não é suficiente para se construir medidas de contenção desse processo de assédio moral, menos ainda para se atestar a confirmação desse fato.

Os procuradores paulistas descrevem minuciosos procedimentos de investigação que foram adotados para se chegar a descoberta desse esquema. Por intermédio da Associação de pacientes portadores de Psoríase, convencia-se os pacientes sobre a necessidade de se abrir uma ação judicial por meio de um discurso que enfatizava a incompetência do Estado, mais precisamente do SUS, para atender a suas demandas por medicamentos inovadores e supostamente melhores:

A solução foi trazida pelo próprio preposto da empresa Merck. Os pacientes poderiam manejar uma ação judicial em face do Estado de São Paulo, exigindo que o ente público arcasse com os custos da medicação, à vista do preceptivo incerto no artigo 196 da Constituição Federal. Com isto, os pacientes assistidos pela Associação teriam acesso “gratuito” ao novo medicamento, criado com a tecnologia de engenharia genética, especificamente para o tratamento da psoríase (SÃO PAULO, 2011).

O detalhamento feito acima revela meandros processuais que permitem avaliar, em dimensões qualitativas, os mecanismos que os fomentadores da judicialização vêm utilizando para ampliar o seu lucro competindo com seus concorrentes, no mercado internacional.

A situação que acaba de ser relatada e analisada teve impacto midiático quando da sua descoberta em 2008<sup>12,13</sup>. Os dados coletados mostram que houve reação de especialistas e pesquisadores de diferentes centros de estudos brasileiros, sobretudo, quando se revelou que uma série de crenças sobre o potencial inovador do produto posto para ser adquirido judicialmente tinha uma série de incongruências e enganações que foram descritas na ação civil pública e tiveram como fonte conversas telefônicas, nas quais ficava claro que o médico fornecia prescrições para quem não tinha a doença:

Para que pudessem controlar todo o ciclo de dispensação do Infiximabe (Remicade), o médico de Marília foi induzido a transformar seu consultório em também um centro de infusão da droga. Com isso, o grupo passaria a ter sob seu poder também a parte final da operação, possibilitando que atestassem o que bem entendessem em relação aos pacientes agraciados com alguma ordem judicial que obrigasse o Estado a comprar o Remicade. A ambição cega e desenfreada de todos os partícipes parecia não ter limite (...) começaram a colecionar, preencher e assinar prescrições e relatórios médicos, que eram entregues em branco a quem quisesse. Bastava a localização de um infeliz qualquer, que parecesse padecer de alguma moléstia de interesse do laboratório Mantecorp, para que os representantes da indústria farmacêutica, o advogado de Bauru, ou mesmo a secretaria da Associação, sacassem um relatório médico previamente preparado e um bloco de prescrição médica para que surgisse o necessário para uma nova ação judicial (SÃO PAULO, 2011)

Essa imagem denunciada e divulgada na mídia impressa e televisiva, e sobretudo, nas redes sociais, evidentemente, teve impacto nacional. Por meio delas, especialistas se posicionaram em defesa da judicialização, contrários a qualquer tentativa de generalizar a atuação fraudulenta da Associação dos Portadores de Vitiligo e Psoríase acusada na Ação Civil Pública<sup>14</sup>. Interessante observar que a atuação das chamadas associações de pacientes, as quais desenvolvem ações e cumprem um papel de agente de negociação entre instituições no campo da saúde e do mercado de serviços, ainda seja pouco investigada no Brasil.

No exemplo de Marília, dos pacientes com psoríase, fica claro que as empresas estrangeiras têm interferido diretamente na atuação dos escritórios de advocacia particulares.

---

<sup>12</sup> WESTIN, Ricardo e KAWAGUTI, Luis. Nove são presos acusados de aplicar o "golpe do remédio". Folha de São Paulo, São Paulo, 2 set. 2008. Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0209200801.htm>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

<sup>13</sup> Redação Giro Marília. Justiça divulga condenação de médico e ONG de Marília por fraude. Giro Marília. 13 fev. 2016. Disponível em: <http://www.giromarilia.com.br/noticia/giro-marilia/justica-divulga-condenacao-de-medico-e-ong-de-marilia-por-fraude/4681>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

<sup>14</sup> CLÁUDIA COLLUCCI. Para médicos e pesquisadores, fraude é exceção e ações judiciais são necessárias. Folha de São Paulo, São Paulo, 2 set. 2008. Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0209200804.htm>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

Isso nos faz refletir não só sobre esse tipo de intervenção do mundo privado na política pública de saúde, como também na intervenção do capital estrangeiro em diferentes esferas da ação pública. Entretanto, esta intervenção, como ressalta Scheffer (2015), vigora desde 1998, com a Lei dos Planos de Saúde. Esta, segundo o autor, rompe com o veto feito na Constituição Federal e depois na Lei Orgânica da Saúde que só autorizava empréstimo de organismos internacionais de cooperação técnica ou vinculados às Nações Unidas. O autor afirma que o sistema de saúde já se encontrava em parte aberto aos investidores internacionais que poderiam se vincular como acionista a planos de saúde e hospitais. Além dos recursos internacionais já tinham sido colocados em laboratórios de diagnósticos, mesmo sem a autorização governamental, contudo, por permitir a continuidade o consentimento existia. Essa visível inconstitucionalidade também foi apontada pela Advocacia Geral da União (AGU), que recomendou o veto à permissão generalizada de capital estrangeiro em hospitais e clínicas, gerais e especializadas, inclusive as de natureza filantrópica. Entretanto, segundo o autor, a AGU não foi ouvida por quem poderia tomar decisão mais definitiva para promover o veto reivindicado (SCHEFFER, 2015).

Pesquisando dados da mídia escrita e/ou disponíveis, via internet, foram encontrados materiais que mostram a participação direta de escritórios de advocacia, integralmente, vinculados à propaganda das indústrias farmacêuticas, além de revelarem, nenhum constrangimento sobre o papel que estão desempenhando no mundo mercadológico. Ao contrário, o conteúdo que formulam em seus sítios privados expressa nitidamente que a judicialização é hoje um produto vendido pelos escritórios advocatícios como sendo um mero produto de mercado que segue as mesmas lógicas defendidas pelo modelo capitalista liberal. No capítulo 2 da tese, ao analisar o Complexo Médico Industrial, foram registrados trabalhos de pesquisa em que os autores relatam as estratégias que os laboratórios farmacêuticos utilizavam para introduzir seus produtos no mercado altamente competitivo (RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012; FAGUNDES *et al*, 2007; NASCIMENTO, 2007; DANTAS, 2012; BATISTA; CARVALHO, 2013). Na realidade, analisando cada um desses estudos percebe-se que todos refletiam leituras críticas acerca da mercantilização do medicamento e dos produtos de saúde que os empresários da área buscavam ajustar à linguagem mercadológica da época.

Entretanto, a propaganda da qual falaremos a seguir, tem, sim, a indústria farmacêutica como promotora principal. Só que não é ela a protagonista que aparece na propaganda para vender o medicamento e/ou um produto relativo à saúde. Aliás, o que se vende não é um produto farmacêutico, mas, sim, um serviço advocatício: uma ação judicial. O marketing é feito por um escritório de advogados que se apresenta, em seu sítio eletrônico da seguinte maneira:

### O Medicamento é um Direito

A Constituição Federal de 1988 elevou a saúde e vida à condição de direitos fundamentais de caráter individual e social determinando que é dever do Estado (União, Estados e Municípios), garantir e concretizar o direito à saúde dos cidadãos.

Entretanto, não raras vezes, o governo se nega a fornecer determinados medicamentos, sejam de ponta ou não, alegando, em suma, ausência de padronização do medicamento pelo Ministério da Saúde, bem como limitações orçamentárias.

Diante da negativa do Estado, e em razão do alto custo de alguns tratamentos, muitas pessoas que não possuem condições financeiras de arcar com o custo desses, ficam sem a medicação essencial para sua saúde e vida. Contudo, é possível que a satisfação desses direitos seja exigida perante o Estado, mediante ação judicial.

Nesse sentido, a X Sociedade de Advogados oferece aos seus clientes a possibilidade concreta de defender um de seus direitos mais preciosos: a vida e a saúde.

O texto acima é uma reprodução da propaganda que consta do sítio eletrônico de um escritório de advocacia em Belo Horizonte, que pode ser acessado a qualquer momento por pessoas portadoras de doenças que se encontram em dificuldades para obter tratamentos, medicamentos ou congêneres. Como se pode ver, os advogados do referido escritório se apropriam, sem nenhum constrangimento, de uma das maiores conquistas do povo brasileiro que é a saúde como direito fundamental. Só que no *slogan* acima reproduzido, o escritório reinterpreta esses dois fundamentos universais reduzindo-os a um de seus significantes, imediato, palpável e comprável: o medicamento. Para justificarem a ideia mercadológica, apresentam a sequência da oferta de seus serviços advocatícios em três etapas. Na primeira, fazem uso óbvio da Constituição, indicando o direito e os entes que têm o dever de garanti-lo. Na segunda, alertam os seus leitores que esse direito à saúde pode ser negado pelo Estado, como responsável legal para atender a demanda, seja por razões técnicas ou orçamentárias. Na terceira etapa, garante-se ao leitor que o tratamento existe. Embora não se explicita, convenientemente, onde e quem pode fornecê-lo. Mas destaca que a razão do veto pode estar no alto custo do produto que impacta no orçamento do Estado. Mas isso não é um impedimento para se obter o medicamento. Pode se chegar ao produto por meio de uma ação judicial. Esta, no contexto da mercantilização da saúde, tornou-se também um produto comercializável no mercado para a tranquilidade da indústria farmacêutica. Descrevendo um pouco mais detalhadamente o conteúdo do sítio criado pelo escritório de advocacia, apresenta-se literalmente a forma como é conduzida a informação aos indivíduos por meio de perguntas frequentes, incitando-os a entrar com uma ação judicial contra o Estado para conseguir o fornecimento de um medicamento de forma imediata (ANEXO D).

O formato de comunicação, apresentado no ANEXO D, segue um modelo que, hoje, está incorporado no circuito empresarial e, também, nos sítios de órgãos públicos que se orientam para responder a perguntas de seus clientes e/ou usuários, utilizando ferramentas comunicacionais disponíveis no mercado informatizado reproduzindo um tipo de linguagem

que se tornou uma espécie de padrão comunicativo não só para se aproximar do consumidor, mas também para convencê-lo de que o seu produto é melhor do que aquele oferecido pelo concorrente. Consultando a página de uma empresa estadunidense vinculada ao ramo da saúde<sup>15</sup>, foi possível observar que, apesar de suas especificidades, adotaram uma forma padronizada para convencer os clientes de que são muito procuradas e são feitas perguntas comuns e frequentes, assim introduzem na página principal de seu sítio as dúvidas que, supostamente, lhes têm sido enviadas por possíveis compradores.

Descrevendo o sítio acima pode-se ver que ele traz logo no início uma expressão amplamente difundida e utilizada por empresas de todos os ramos, mostrando que hoje eles monitoram não apenas os desejos de seus clientes, mas também as principais dúvidas que os mesmos têm sobre o produto que oferecem no mercado. Em geral são feitas por telefone, processadas em termos percentuais e aquelas que se apresentam como mais frequentes acabam sendo reunidas em um quadro, tal como se pode ver no texto acima, e postas à exposição para que os frequentadores da página da empresa ou do órgão público tenham acesso imediato. É isso que tem sido chamado FAQ (Frequently Asked Question)<sup>16</sup>.

Certamente, em seus registros de questões mais frequentes, teriam outras que foram feitos, mas não selecionados para compor o quadro acima. As quatro respostas que ali figuram deixam claro que o escritório escolheu aquelas que possibilitariam esclarecer ao cliente algo que muitos indivíduos não têm acesso. Poucos sabem que podem entrar com uma ação judicial contra o Estado para pedir um medicamento ou um tratamento de saúde. As respostas dadas pelo escritório são dadas de forma simplificada, com um vocabulário, bastante claro, sem uso da linguagem jurídica. Começa esclarecendo como funciona a judicialização da saúde. A resposta é simples: bastava reunir toda a documentação e exigir o fornecimento imediato do produto/medicamento/insumo/equipamento médico. Embora se utilize, estrategicamente, o termo imediato como uma forma de assegurar ao cliente que o pedido via ação judicial pode ter uma decisão quase que imediata do juiz, esclarece-se ao cliente que isso só ocorre por ser considerada de caráter emergencial. A forma como se descreve o tempo de tomada de decisão

---

<sup>15</sup> National Institutes of Health é um escritório do United States Department of Health and Human Services (Ministério da Saúde dos EUA) que oferece uma infinidade de serviços e informações que compreende principalmente respostas ao que chamam de Frequently Asked Questions, mas não só, em diversificado sítio encontram-se descrições de medicamentos, de novos produtos, resultados de pesquisas, monitoramentos de tratamentos e assim por diante. Disponível em: [http://grants.nih.gov/grants/frequent\\_questions.htm](http://grants.nih.gov/grants/frequent_questions.htm). Acesso em 20 de setembro de 2016.

<sup>16</sup> Um exemplo do uso da FAQ feita por um órgão público encontra-se na página do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Disponível em: [http://www.tjrs.jus.br/site/processos/peticionamento\\_eletronico/Perguntas\\_Frequentes.html](http://www.tjrs.jus.br/site/processos/peticionamento_eletronico/Perguntas_Frequentes.html). Acesso em 20 de setembro de 2016.

do juiz é apresentada como se a temporalidade de até 72 horas fosse algo já padronizado. A terceira resposta é mais detalhada porque envolve dois poderes no processo: Judiciário e Executivo. O foco é o prazo de entrega do medicamento. O escritório enfatiza a incerteza deste prazo, pois o resultado depende do tipo de medicamento pleiteado e da burocracia estatal. O medicamento que não se encontra disponível na rede pública terá de aguardar o processo de compra que, para o caso do Estado, a aquisição tem de seguir trâmites legais da Lei N° 8666/93, que podem atrasar a entrega (BRASIL, 1993). Para diminuir o impacto da incerteza quanto ao referido prazo, o escritório informa aos clientes que seus advogados requerem que os juízes estipulem um período máximo para que se efetue a entrega aplicando multa diária ao Estado caso haja atraso. Finalizando as respostas mais frequentes, o texto explicita que qualquer medicamento pode ser pedido judicialmente, desde que ele não seja fornecido gratuitamente e seja devidamente prescrito por um médico.

Os detalhes que estão sendo apresentados neste capítulo, antes da análise, propriamente dita, das entrevistas com os representantes jurídicos privados e públicos, foram de certa forma, sugeridos pela banca de qualificação que, na ocasião, alertava-nos sobre a importância de termos mais dados empíricos que contextualizassem as análises que seriam feitas a partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados. Na época, apenas a perspectiva dos médicos prescritores havia sido analisada. Como ainda tinham mais outros agentes envolvidos com a judicialização, entendeu-se que seria pertinente atender à sugestão dos membros da banca de qualificação buscando dados empíricos que caracterizassem mais claramente o contexto, buscando exemplos de práticas que os escritórios de advocacia vêm processando nessa fase de judicialização que atualmente nos encontramos.

Continuando a descrição do sítio do escritório de advocacia mencionado, ressalta-se uma parte de sua estrutura, na qual, se faz uma apresentação detalhada dos medicamentos e equipamentos da área da saúde que foram obtidos por meio de ações judiciais. Não há referência explícita à nenhuma empresa farmacêutica que está por detrás da vitória conseguida na justiça, contudo, as marcas dos medicamentos e equipamentos são destacadas. Tal fato não altera a ideia de que as indústrias responsáveis pelos respectivos produtos não estejam patrocinando este marketing<sup>17</sup>. Evidentemente que, para elas, nada altera o fato de seu nome comercial não estar acoplado no quadro no sítio do escritório. O fato que precisa ficar registrado é que os produtos (marcas e princípios ativos exclusivos) que estão descritos na mensagem aparecem como sendo uma conquista do direito humano à saúde. Por exemplo, a bomba de insulina, o

---

<sup>17</sup> <http://pt.slideshare.net/MAPGoncalves/marketing-juridico-como-atrair-novos-clientes>

produto em si, substitui o conceito universal de saúde na definição do Direito Humano. Todos os outros produtos apresentados no ANEXO E, também assumem esse papel.

Esse seria o fato novo ao qual Boing *et al* (2013) se referem ao afirmar que se criou no Brasil uma indústria da judicialização. Poderíamos também acrescentar: Diante do quadro acima, pode-se dizer que as indústrias propriamente ditas não precisariam mais se preocupar em angariar adeptos entre médicos e pacientes? Os escritórios particulares de advocacia seriam, para os laboratórios farmacêuticos, a porta de entrada mais repleta de acertos? Se aceitarmos que esse é o novo cenário que se apresenta com a indústria da judicialização, tem-se que admitir que os escritórios de advocacia podem estar assumindo um papel diferenciado. Estes recursos de *marketing* do escritório de advocacia foi um dos mais ilustrativos encontrado no material coletado com intuito de amparar a análise das narrativas dos representantes jurídicos privados que foram entrevistados em nossa pesquisa. Um último aspecto a ser considerado antes da análise das entrevistas com os advogados particulares que fizeram parte da presente pesquisa tem a ver com a questão da ética profissional exigida pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Até que ponto o código de ética que rege esse órgão consegue inibir, no caso da judicialização da saúde, uma atuação fraudulenta dos escritórios de advocacia? Difícil encontrar uma resposta direta para essa questão. Para Ari Lima<sup>18</sup>, inicia-se uma era em que se instaura uma nova cultura no Direito que incorpora, paulatinamente, nos escritórios e na carreira de advogados, a necessidade de estratégias ofensivas de *marketing*. As entrevistas realizadas com os representantes jurídicos da área privada ocorreram no período em que os episódios acima relatados tinham visibilidade midiática e posicionamento público da OAB, ou seja, dificilmente seriam desconhecidos dos profissionais da área naquele momento.

Passa-se, a seguir, a descrever as entrevistas que foram realizadas pelo grupo de pesquisadores, em geral, com a participação de no máximo três pessoas em cada sessão. Nas entrevistas com os representantes jurídicos privados e públicos, participaram como entrevistadores pessoas de ambos os sexos e de especialidades diversas que se revezavam em dupla ou trio de acordo com a disponibilidade de cada um e com a área de interesse a que estavam relacionados. Nessa fase participaram advogado, médico, farmacêutico e economista. As entrevistas eram realizadas nos espaços definidos pelos entrevistados. O fato de a seção de entrevista ter sido composta por mais de um pesquisador, tendo inclusive, em determinados encontros mais de dois, há de se reconhecer que esse modelo incorporou traços das entrevistas que Uwe Flick (2009) chamou de conversação. Trata-se de um tipo de interação que busca

---

<sup>18</sup> Lima, Ari. Dez princípios para um novo marketing jurídico. Disponível em: <http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis-jurisprudencia/72/artigo256016-4.asp>.

compreender como os entrevistados percebem e vivenciam determinadas situações que, no nosso caso, são as ações judiciais que eles aplicavam contra o Estado para conseguir medicamentos para os seus clientes. Como se verá mais à frente, os resultados aos quais chegamos foram produzidos em um processo ativo de trocas verbais e não verbais, ou seja, na conversa entre entrevistado e entrevistadores. A seguir, apresenta-se a análise sobre as questões que foram feitas, de acordo com as reações em relação as mesmas, que mostraram os sentidos que os entrevistados davam às suas respostas.

#### *4.2.1 Observações metodológicas sobre a formulação das questões*

Pelo fato de ter sido utilizada a entrevista semiestruturada, seguiram-se todos passos sugeridos pelos especialistas (PATTON, 2014; FLICK, 2009). Foi livre a decisão quanto ao tipo de questão a ser feita, à sequência de cada uma e, por fim, aos detalhes que seriam solicitados aos entrevistados em suas falas. O tempo de duração dos encontros foi em torno de uma hora.

Na questão introdutória, fez-se aos entrevistados a seguinte solicitação: “Para começar, você poderia falar um pouco dessa ideia da judicialização. Como foi, para você, o início desse processo, os primeiros passos? ”. Como se pode ver, buscava-se, com essa pergunta, conhecer a experiência dos advogados. Dito de outra forma, esperava-se que, com esse estímulo, eles pudessem descrever a experiência e, ao mesmo tempo, falar em detalhes sobre os procedimentos que adotaram, de tal forma, que estes, como destaca Patton (2014), pudessem ser observados pelos entrevistadores caso estes estivessem presentes nos momentos narrados pelos entrevistados. Na sequência, explorou-se as suas memórias, buscando saber se, na época em que eles começaram a atuar como advogados nas ações judiciais contra o Estado, tinham algum conhecimento sobre a política de medicamento, em andamento no país.

Em outros momentos da entrevista, testando dados que constavam na literatura sobre o tema, elaboraram-se questões pautadas nas opiniões e valores dos entrevistados, considerando-se, assim, estes dois importantes elementos da análise de discurso. Por exemplo, diante das alegações que os advogados se pautam em prescrições médicas para redigir os termos da ação judicial, perguntávamos se eles consideravam essas prescrições como “uma prova suficiente para abrir uma ação”. Buscávamos saber se eles tinham conhecimento de perícias que tivessem sido solicitadas para confirmarem as provas. Será que eles consideravam legítimas a ação do judiciário nesse tipo de ação, tendo em conta o princípio da separação dos poderes? Ainda no campo da opinião e dos valores, buscavam-se, na entrevista, as suas posições acerca de um



enunciado que tem circulado, em parte significativa da produção sobre o tema, que justifica a ação judicial em razão das possíveis falhas na política pública.

Frente a complexidade do problema estudado, fizeram parte do roteiro de entrevista questões que Patton (2014, p 292) chama de *Knowledge Questions*. Estas, na concepção desse autor, não testam nem opiniões, menos ainda sentimentos, mas, sim, conhecimentos factuais e objetivos baseados em evidências empíricas e no uso racional de um medicamento, por exemplo. Perguntávamos a eles, se tinham conhecimento de ações judiciais decididas sem esses critérios racionais, que ao invés de corrigir o viés da política pública de saúde acabaram criando distorções pelo fato do Judiciário exigir a liberação de um medicamento que não era adequado ao paciente. No conjunto das *Knowledge Question*, as perguntas de entrevista centraram-se nos aspectos que os entrevistados consideravam centrais no tipo de problema sobre o qual eles teriam que atuar. Patton (2014) deixa claro em sua obra que este tipo de questão é aplicado para captar que informações tem os entrevistados, as quais estariam pautadas em fatos ou em conhecimentos empíricos vinculados à área em que atuam. Por exemplo, uma justificativa que tem sido utilizada para efetuarem ações judiciais na área da saúde está pautada na medicina baseada em evidência. Esta tem sido colocada como exigência pelas regras e regulamentações oficiais a serem observadas por todos aqueles que atuam em ações judiciais na área da saúde. Esta é uma condição para que um medicamento ou equipamento de saúde possa fazer parte do repertório elaborado pelo órgão regulador responsável. Tudo isso compõem parte de denso conhecimento que se precisa ter quando se atua nessa área judicial. Por isso, uma grande parte das questões dirigidas aos advogados, na presente pesquisa, se pautaram nas *Knowledge Questions*. O que sabiam sobre elas? E ainda, como as interpretavam?

Ainda dentro desse conjunto de questões, foram introduzidas perguntas que buscavam captar como os entrevistados acompanhavam o debate sobre o tema da judicialização da saúde que estava sendo tratado no Supremo Tribunal Federal. Procurava-se saber quais posições tinham e se viam algumas conexões críticas apontadas pelos magistrados nas ações que vinham participando em Minas Gerais. Nesse rol, exploraram-se, também, as informações que eles tinham sobre as questões especificamente econômicas referentes ao impacto da judicialização no orçamento da saúde nas diversas regiões e nas instâncias municipais e estaduais.

Algumas questões *ad hoc* nos levaram ao que Patton (2014) chama de *Feeling Questions*. Estas, segundo o autor, são questões que nos ajudam a entender as respostas emocionais que as pessoas dão para as suas experiências e seus pensamentos. Uma parte das respostas dos entrevistados traz relatos pessoais e familiares para explicar as razões que os levaram a atuar na judicialização da saúde. No percurso de suas experiências, alguém da família

ou algum amigo pediu para que eles os ajudem a entrar como uma ação judicial contra o Estado. Este é um fato difícil de ser enquadrado nos procedimentos metodológicos, mas não podem ser omitidos. Essas informações apareceram claramente nos relatos dos entrevistados, embora não estivessem no nosso planejamento inicial obtê-los. Por isso, foi necessário introduzir questões *ad hoc*. As *Feelings Responses*, parafraseando Patton (2014) fazem parte desse cenário, tendo-se consciência disso ou não. Embora o referido autor entenda que respostas dessa natureza apareçam na entrevista por uma confusão provocado pelo pesquisador ao formular as questões. Este, segundo Patton (2014), ao invés de perguntar o que você pensa sobre isso, acaba usando equivocadamente o verbo sentir. Assim para a pergunta o que você sente sobre isso, a resposta vem quase sempre em tom emocional. Mas não foi isso especificamente que aconteceu na presente pesquisa. Os temas emocionais apareceram no momento em que os entrevistadores perguntavam sobre o alto custo dos medicamentos nas ações judiciais que prejudicava o orçamento da saúde. Foi nesse contexto, como veremos mais à frente, que as *Feelings Responses* entraram em cena.

#### 4.2.2 Análise das narrativas dos representantes jurídicos: advogados particulares

Começamos a análise pelos representantes dos escritórios privados de advocacia. São dois advogados que representavam pacientes nas ações judiciais selecionadas no banco de dados anteriormente referenciado. Nos processos, eles figuram como profissionais contratados por pessoas que pleiteavam medicamentos, tratamentos ou equipamentos de saúde que não eram oferecidos pelos programas públicos já consolidados ou não estavam aprovadas pela ANVISA.

Posteriormente, após as entrevistas, constatou-se que eles não eram apenas postulantes dos interesses de pessoas em juízo, mas prestavam, também, assessoria e consultoria a associações de pacientes portadores de enfermidades específicas, algumas com formato de ONGs. Dito de outra forma atendiam sociedades privadas no contexto da judicialização da saúde. Estavam, assim, a serviço de seus clientes em ação contra o Estado. Na análise das entrevistas, os dois entrevistados serão identificados como A1 e A2. Apresentam-se, a seguir, as posições de A1 e A2 quando começaram a trabalhar com a judicialização da saúde:

Eu comecei a trabalhar nesse tipo de processo entrando para uma ação judicial para o pai de um amigo meu. Ele tinha Alzheimer. Então, foi a partir desse caso dele que estava com os medicamentos para Alzheimer, com um grande custo. Um custo muito alto! E a secretaria de estado não fornece todos os medicamentos indicados para Alzheimer. São três medicamentos. A pesquisa em relação a essa doença vem avançando, surgiram novos medicamentos e ele precisava de um desses. Aí entrei na justiça para conseguir esse medicamento e consegui. Ele participava muito de um

grupo de apoio ao Alzheimer que tem aqui em Belo Horizonte. Esse grupo é mantido pela Associação Brasileira de Alzheimer e ele estava lá, porque é um grupo de apoio que dava instrução para os familiares tanto médica como jurídico, ou seja, de todas as formas (...). Ele me chamou lá para ajudá-lo a prestar essas informações para o pessoal. E a partir daí eu passei a advogar para vários membros da Associação Brasileira de Alzheimer (A1,16/02/2012).

(...) quando eu me formei em direito, eu atuava na área cível, e tive dentro da família, na minha família nós temos um alto índice de diabéticos, dentro da minha família. Então, foi a partir daí o meu primeiro contato com direito à saúde (...). Inclusive, o primeiro processo meu envolveu uma pessoa da minha família, e a partir daí eu disse: “engraçado, tem um nicho aqui, profissional, que eu acho que não está sendo bem explorado porque além do problema da saúde, nós temos um problema social (...) eu não estou simplesmente desenvolvendo um trabalho remunerado. Por trás disso aqui tem todo um problema social, que não é só os meus honorários (...) por exemplo, quando eu faço um processo, quando eu pego um cliente, eu olho o cliente de per si. Eu olho aquele que tem mais condições, o que tem menos condições e o que não tem condições (...) que muitas vezes eu falo: “vamos fazer o seguinte, se você não tem condições, você me remunera pró-êxito, dentro da sua possibilidade...”. Isso é até para atender aquela pessoa, para ajudar. E graças a Deus, eu recebo muita gratidão em decorrência disso, porque eu já ajudei muitas pessoas que não tinham condições nem de pagar e eu consegui. Eu tive um caso de um senhor que passou mal aqui no centro de uma rua em Belo Horizonte, sofreu um ataque cardíaco, o SAMU demorou muito, faltou oxigenação... (A2, 30/03/2012)

O primeiro contato que ambos advogados tiveram com ações judiciais na área da saúde está relacionado com situações de doenças que afetavam membros da família ou parentes de amigos. Essa aproximação entre a ação concreta e as experiências pessoais que tocam diretamente a dimensão da subjetividade dos respondentes é algo que será analisado na sequência. Entretanto, por ora, segue-se o procedimento metodológico proposto pelos especialistas em estudos qualitativos de garantir que o pesquisador, na primeira fase da análise, atenha-se exclusivamente à descrição detalhada que os respondentes fazem de seus atos (PATTON, 2014).

As descrições que cada um deles faz, introduzem nas suas respectivas narrativas, pontos centrais que estruturam o tema das ações judiciais em saúde. Por exemplo, A1 as articula ao alto custo dos medicamentos<sup>19</sup> para o paciente de Alzheimer e ao não atendimento da Secretaria de Estado de Saúde que fornece apenas um dos três medicamentos que o seu cliente necessita. Na sequência de sua narrativa, entra um terceiro enunciado que toca parcialmente o tema de nosso estudo que relaciona a presença constante de novos medicamentos para o tratamento do

<sup>19</sup> O Supremo Tribunal Federal (STF) começou a julgar no último dia 15 de setembro de 2016, os Recursos Extraordinários (RE) 566471 e 657718 com relatoria do ministro Marco Aurélio Mello. O primeiro deles surgiu após uma paciente do Rio Grande do Norte com miocardiopatia e hipertensão arterial pulmonar obter, na Justiça, o acesso a um medicamento de alto custo, sildenafil 50 mg, não disponível à época no SUS. Obrigado a custear o remédio, o governo estadual recorreu ao STF. O segundo caso envolve o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa. Trata especificamente de um caso de 2009, em que uma paciente de Minas Gerais que buscava tratamento para o quadro de doença renal crônica, somado a outras complicações graves com o medicamento cinacalcete, não registrado à época pela ANVISA. A paciente recorreu ao STF.

Alzheimer, possivelmente propagandeados pelos laboratórios farmacêuticos. Entretanto, na forma como A1 enuncia a necessidade dos novos medicamentos para o seu cliente, o laboratório fica invisível. Apresentam-se novos medicamentos, mas não se diz quem os apresenta. Esta estratégia de manter a invisibilidade das marcas das indústrias já foi apontada por outros pesquisadores (BARROS, 2008; GOTZSCHE, 2016). Com a fala de A1, fica claro que esse procedimento de ocultar o nome do produtor industrial não foi incorporado apenas pelos profissionais da área médica. Seu enunciado mostra que a área do Direito está procedendo da mesma maneira.

Logo após relatar a sua entrada na justiça para conseguir o medicamento, A1 traz um dado pessoal de seu cliente que interessa ao nosso estudo. O pai do cliente era membro de uma ONG, mais precisamente de uma associação que agrega pacientes portadores da Alzheimer. Destacou-se o fato de essa organização atuar na preparação dos associados, instruindo os seus familiares quanto aos procedimentos a serem adotados para entrar com uma ação judicial. Aqui, também, não fica visível quem está patrocinando estas ações preparatórias. A1 finaliza o seu relato declarando uma decisão por ele tomada: a partir desse primeiro contato, ele passou a advogar para vários membros da referida Associação. Esta informação ajuda a compreender a concentração de ações nas mãos de poucos profissionais ou, talvez, de determinados escritórios de advocacia.

A2 enuncia, em seu relato, que, já no seu primeiro contato, na sua primeira ação judicial na saúde, ele tomou consciência de ter encontrado, um “nicho” profissional pouco explorado. Indica que esta descoberta mudou a sua forma de atuar. Da área cível passou para a defesa do direito à saúde e identificou nesta última um campo a ser explorado. Um dos componentes do seu enunciado que justifica a sua mudança de área de atuação é por ele definido como sendo a existência de um problema social que está acoplado ao da saúde. Trata-se dos problemas financeiros que os pacientes podem vir a ter para conseguirem o tratamento necessário ao seu próprio bem-estar. Na sequência desse enunciado, A2 descreveu na primeira pessoa do singular, como ele faz o seu trabalho e que critérios ele utilizava para definir as condições financeiras de seus clientes. Detalhou brevemente os termos que usava para fazer um acordo quanto à forma de pagamento (pró-êxito)<sup>20</sup>, respeitando as diferenças individuais de seus clientes, ou seja, baseando-se em um suposto princípio de equidade.

---

<sup>20</sup> Pró-êxito, termo utilizado nas Consultorias Jurídicas para designar as condições relacionadas aos pagamentos de honorários aos advogados. Estes só devem ser efetuados pelo cliente após o recebimento daquilo que este estiver demandando. Esse procedimento faz parte das cláusulas contratuais e está previsto em Ementas em geral aprovadas pela seccionais da OAB em cada estado brasileiro.

A2 finalizou o relato de sua entrada na judicialização da saúde servindo-se de um enunciado bastante pessoal, baseado em suas crenças e valores que, aparentemente, se afastam de bens materiais e se satisfazem com o reconhecimento de gratidão que as pessoas por ele ajudadas, lhe demonstraram. Descreveu-se como alguém completamente desprendido ao ponto de ajudar qualquer pessoa, mesmo que estranha, tal como foi o fato enunciado ao final de sua fala, relacionado ao caso de um sujeito que foi vítima do atraso do Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (SAMU). Ao se perguntar como ele chegou a esse indivíduo, A2 respondeu imediatamente:

(...) alguém que estava internado no hospital para quem eu já havia feito um processo. Aí, ele indicou meu nome para a esposa dele (o cardíaco do SAMU), dizendo: “ Olha, eu estou passando por uma situação semelhante e fulano me ajudou, procura ele”. Então, a esposa dele chegou no meu nome através de outra pessoa. É assim. São sempre as indicações. A advocacia é uma profissão de confiança. Você não sai buscando cliente. É igual ao médico que é, também, uma posição de confiança. Você tem o seu.... Não que você não possa tomar uma segunda opinião, a gente tem sempre que tomar uma segunda opinião profissional... (A2, 30/03/2012)

São vários os enunciados apresentados acima. Por exemplo, o ambiente hospitalar é um deles, descrito por A2 como sendo um dos possíveis espaços nos quais as comunicações entre os agentes que ali circulam podem fomentar uma ação judicial. É um local suscetível ao encontro de pessoas em situações difíceis que precisam de solução imediata. Um exemplo bem-sucedido pode servir de estímulo para outras pessoas na mesma situação. Um segundo enunciado importante que emerge na conversa acima, trata de uma representação criada por setores privilegiados da sociedade que em seu imaginário acreditam que seus médicos e seus advogados são profissionais que se localizam nos círculos de confianças de seus clientes. São indicações que estes fazem a outros do seu ciclo de convivência mediante a confiança que se estabelecem sobre os profissionais. De certa forma, o enunciado da confiabilidade ganha, no discurso de A2, um lugar importante na relação entre profissional e cliente, pois a ausência de confiança poderia ser um limitador que viria a dificultar ou impedir a representação jurídica na ação judicial.

Ainda que os enunciados de A2 sejam pertinentes, não se pode perder de vista que A2 está se referindo a seu universo que é formado por relações privadas, obedecendo os critérios que são seguidos pelos escritórios de advocacia. Mas mesmo assim, a narrativa de A2 provocou curiosidade em um dos pesquisadores que lhe pediu para que ele descrevesse melhor o seu enunciado sobre a limitação acima apontada. “Elas afetam os pacientes e os médicos também”?

Médicos também. O médico que toma conhecimento. Esta é uma questão interessante. A classe médica tem muito receio em se envolver com esse tipo de coisa. Então, você chega no médico, relata o problema para ele, você fala que você vai precisar de um laudo médico para você entrar na justiça, ele já fica receoso. Geralmente, eu sempre peço que seja um médico conveniado ao SUS, e que seja um médico de confiança,

porque os médicos não gostam de dar o laudo, porque acham que vai envolver o nome deles no processo... (A2, 30/03/2012)

Entrevistador: Os médicos do SUS são mais confiáveis?

É uma questão de confiança do médico com o paciente, porque existe esse problema (...). Muitas vezes a pessoa tem problema para entrar na justiça porque não consegue o laudo que ele precisava para o tratamento dele. Naquele laudo vai ter que ter prescrição médica, problemas de saúde, insumos que ele precisa (...) tem que ter tudo ali. A decisão é pautada no laudo médico. O médico não pode dar um laudo parcial porque vai faltar coisas. Eu vou deixar de pedir coisas porque não está lá. Então, a gente tem esse problema, os médicos têm o receio de colaborar também. (A2, 30/03/2012)

Na percepção de A2, os médicos receiam terem os seus nomes envolvidos na ação judicial. Ele descreveu situações concretas de clientes que tiveram dificuldade para conseguirem prescrições médicas. Em um dos seus atos da fala, A2 declara que orienta os seus clientes a procurarem médicos de confiança e, de preferência, que atuem no SUS para pedirem a prescrição que fará parte da ação judicial. A pesquisadora o interroga se os médicos do SUS são mais confiáveis do que aqueles que só atuam na rede privada. A2 não confirma essa posição. Apenas continua insistindo no critério de confiança necessário para se ter a prescrição e, na sequência, descreve claramente tudo o que ele precisa que os médicos coloquem no laudo para que ele possa ganhar a causa no judiciário. Considerando a rotatividade dos profissionais que atuam no SUS, como se estabeleceria a relação de confiança? Por que o advogado escolheria os médicos do SUS? Seria pelo fato de se apresentarem como o Estado certificando, portanto, as deficiências da política, caso esteja se prescrevendo algo fora das padronizações do SUS? Essa posição poderia favorecer o convencimento dos magistrados a conceder uma ação judicial.

Sintetizando a forma como A1 e A2 se iniciam nas ações judiciais na área da saúde pode-se dizer que ambos passaram por experiências pessoais e familiares que os levaram a perceber que havia nesse novo campo de atuação uma possibilidade concreta de consolidação de suas atuações profissionais. Outro aspecto que surgiu no depoimento deles é o enunciado que eles elaboraram para falar das formas de organização social que já estão em funcionamento ou, então, podem vir a ser criadas com a função de potencializar as ações judiciais na área da saúde. A1 se deparou com a Associação Brasileira de Alzheimer e A2 visualizou, no conjunto de portadores de diabetes, a possibilidade de ali ter se constituído o que ele enunciava por meio do termo nicho. Ainda que esse termo tenha diferentes significados, a forma como A2 o empregou remete ao âmbito da administração e do marketing, referindo-se a uma porção

específica do mercado, geralmente uma parte pequena, com necessidades e hábitos específicos, com consumidores exigentes, cujas necessidades ainda não estão bem exploradas<sup>21</sup>.

Após apreender a fase de entrada dos advogados nas ações judiciais na área da saúde, introduziam-se *Knowledge Questions* da seguinte maneira: “Nesse primeiro momento o senhor já tinha algum conhecimento sobre a política de medicamentos ou algo nesse sentido?”. Os dois respondem:

Estudando, eu cheguei ao conhecimento da política, mas ela é restritiva, ela é bem restritiva; e, de acordo com a constituição, o direito a saúde é igualitário, irrestrito e universal. Então, a discussão é justamente essa, por que uma pessoa que tem AIDS tem, de acordo com as políticas públicas, acesso ao que há de mais novo em tratamento e uma pessoa de Alzheimer não tem? E para todas as outras enfermidades? Isso fere o direito igualitário. Um cidadão tem e o outro não?! Então a partir daí a gente foi, eu fui, conseguindo mais clientes pela Associação Brasileira de Alzheimer, e a partir daí o pessoal foi me indicando para outras situações também (A1,16/02/2012).

Eu atuava muito na área do diabetes, que é um problema crônico que tem na população brasileira. Tinha um problema sério no Estado, envolvendo essa questão. Eles não forneciam a insulina de melhor qualidade. Forneciam apenas na época a NPH, que era uma insulina de pior qualidade. Isso foi mudando diante do volume de processos na justiça. E diante do impacto que isso estava gerando na economia do Estado; isso fez com que houvesse uma modificação e a Secretaria de Saúde foi se adequando, passando a fornecer a insulina Glargina. Cada paciente tem uma situação de vida diferente. Uns tem o diabetes mais ou menos controlada. Outros não conseguem controle nem com essa insulina boa e tem que buscar alternativa na bomba de infusão, que também está muito em voga hoje o uso dessa bomba de infusão. Essa bombinha que fica acoplada ao corpo, e faz as vezes, se estou correto, de um pâncreas, injetando insulina na quantidade que o organismo precisa. Eu não sei o que vocês têm aí de dúvida para tirar comigo (...) eu atuo em outras áreas também. A questão das pessoas inválidas; por exemplo, a pessoa não tem condições para internar no hospital. Está lá inválida. Fica lá na cama enchendo de escara. Vocês sabem que se ele não muda a posição, vai gerando escara. E muitas vezes, isto é, no ambiente hospitalar, gera risco de infecção, porque, fica praticamente em carne viva um paciente já debilitado, dentro de um ambiente hospitalar, com flora bacteriana hospitalar, com escara aberta. Isso é sempre um risco. Eu também já tive uns casos nesse sentido, de buscar o auxílio do home care (A2, 30/03/2012).

A1, de forma direta, declara que chegou a conhecer a política de medicamento estudando, ou seja, teve de se apropriar do que se escrevia sobre este termo e que não fizera parte de sua formação na área do Direito. Seguindo-se o seu raciocínio, pode-se ver que ele faz

---

<sup>21</sup> Consultando o debate sobre o significado desse termo, encontram-se diferentes definições que vão desde aquelas que o associam ao mundo biológico (CAMPBELL, N.E. Campbell, *Biology*, Califórnia: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., Menlo Park, 1996), outras que o conectam à estrutura arqueológica TIRELLO, R. A arqueologia da arquitetura: um modo de entender e conservar edifícios históricos, *Revista CPC*, São Paulo, n. 3, p. 145-165, nov. 2006/abr. 2007, e por fim as que o relacionam com o mundo da administração, MATTAR, F. N. & AUAD, M. Nicho de Mercado – um conceito ainda indefinido, ANAIS DO IIº SEMINÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO da USP, 1997. A2 utiliza o termo nicho, claramente, com esse terceiro significado, ou seja, no âmbito da administração e do marketing referindo-se a uma porção específica do mercado, geralmente uma parte pequena, com necessidades e hábitos específicos, com consumidores exigentes, cujas as necessidades não são bem exploradas.

a leitura da política de medicamento com base na Constituição, ou mais precisamente no direito à saúde igualitário, irrestrito e universal. É com base, nesse parâmetro que ele compara duas políticas de medicamentos: uma para portadores da Aids e outra para os do Alzheimer. Dada a diferença que ele observa na forma como a política para Aids absorve tudo o que o mercado farmacêutico lança como novo<sup>22</sup>, não fazendo o mesmo para a política do Alzheimer, leva-o a classificá-la como uma ação administrativa restritiva que estaria em desacordo com Constituição.

A2, de forma mais aprimorada, informa que o seu conhecimento sobre a política de medicamento veio de sua prática, atuando nos casos de diabetes. O seu conhecimento da referida política surgiu quando ele comparava dois medicamentos oferecidos pelo Estado para tratar essa mesma doença. Nos seus enunciados, ele identificava qualidades discrepantes entre duas insulinas. Evidentemente, ele apresenta esses enunciados sem fazer nenhuma afirmação técnica farmacêutica. Em seu enunciado, registra-se que ele faz uma diferenciação que não é de sua área, mas foi com apoio nela que ele entrou com a ação judicial. Incorpora em seu discurso o enunciado que os portadores de diabetes têm níveis de controle que se encontram em diferentes graus. No ato de sua fala, ele mostra que já aprendeu que o fato de se ter uma insulina melhor para o tratamento não é suficiente para o controle glicêmico. Por isso, se lançam a novas ações judiciais em busca de alternativas. A descrição de A2 sobre a bomba de infusão, aliás, a alternativa que ele apresenta como justificativa para iniciar uma ação judicial é uma apropriação de um enunciado das empresas de equipamentos médicos que a produzem: “a bombinha que fica acoplada ao corpo, e faz as vezes, se estou correto, de um pâncreas, injetando insulina na quantidade que o organismo precisa”<sup>23</sup>.

Analisando os enunciados que A2 expressa em sua fala, ficam evidentes os pressupostos de que os grupos vinculados ao mundo da indústria farmacêutica já haviam penetrado na forma como os agentes dos escritórios de advocacia orientavam as suas ações judiciais. Criava-se, assim, um substrato teórico que, consciente ou inconscientemente, reforça a lógica dos laboratórios, orientada para dar sustentação às suas práticas de intervenção no mercado dos produtos farmacêuticos.

---

<sup>22</sup> Portal Brasil. SUS oferecerá melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/Aids. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferece-melhor-tratamento-do-mundo-para-pacientes-com-hiv-aids>. Acesso em 15 de dezembro de 2016.

<sup>23</sup> Inúmeras descrições como estas podem ser vistas nas páginas de empresas estrangeiras de equipamentos médicos. Ex: <http://www.diabetes.co.uk/diabetic-products/pumps/cellnovo-insulin-pump.html>. Acesso em 30 de setembro de 2016.



Diante das percepções esboçadas por A1 e A2, foram introduzidas questões que visavam conhecer quais informações teriam eles acerca da influência das indústrias farmacêuticas nas ações judiciais que ocorriam no país naquele momento. A estratégia utilizada foi usar as suas próprias ações comunicativas porque através delas traziam dados sobre a forma como eles vinham atuando. Por meio desse relato, chegou-se às interações que eles estabeleciam com as associações de pacientes para as quais prestavam serviços advocatícios. A literatura sobre esse tema já havia informado que uma das estratégias que os laboratórios farmacêuticos usavam para ampliar, cada vez mais, o mercado para venda de seus produtos era estabelecer ações persuasivas em grupo e não de indivíduo para indivíduo, pois essas tinham um efeito mais propício para divulgar aquilo que queriam que ficasse registrado na memória dos pacientes organizados em associações (SOARES e DEPRÁ, 2012; DEPRÁ, RIBEIRO e MAKSUD, 2015). “Um fala para o outro, um passa a sua experiência para o outro”. A difusão feita a partir dessa perspectiva coletiva permite a troca de informações, ideias e o tirar dúvidas garantido o sentimento de confiança de que se está fazendo a melhor escolha sobre o que há de mais moderno no mercado. Diante da pergunta: “Nessa associação em que você atua, teve alguma relação com algum laboratório? Existiu alguma coisa nesse sentido?”. A1 responde:

Não, nenhuma; até porque eu já pedi os medicamentos mais diversos possíveis. Não foi uma coisa direcionada para favorecer um laboratório ou coisa desse tipo. Então, na verdade eu simplesmente sigo um relatório médico, se o relatório médico prescreve aquele medicamento, de acordo com a competência que o médico tem na área dele, ele prescreveu aquele, a gente trabalha para conseguir aquele medicamento. (A1,16/02/2012)

Como se pode detectar na fala de A1, o fato de ele ter atuado em ações com uma diversidade de medicamentos o faz pensar que nessa situação não há favorecimento deste ou daquele laboratório. Para ele, o favorecimento só se caracterizaria se fosse marcado pelo monopólio de um laboratório. Não se colocava as estratégias que as indústrias farmacêuticas vinham usando naquele momento de estabelecerem entre elas acordos sobre nichos de mercado nos quais cada uma poderia ficar responsável por um deles sem interferir no outro<sup>24</sup> e, assim, ambas lucrariam, sem conflitos de interesse, servindo-se de um mesmo núcleo de compradores fiéis e persistentes.

A1 reproduz, de outra forma e de outro lugar, um argumento antimonopolista que foi defendido pelo médico M2, na seção anterior que vislumbrava um futuro para a saúde nacional, no qual as indústrias farmacêuticas regulariam a produção de medicamentos e, com isso, a

---

<sup>24</sup> Exame. Ciência e Tecnologia. Novartis e Roche são multadas por conspiração em venda de remédio. Regulador italiano multou as farmacêuticas suíças em 182,5 milhões de euros (251 milhões de dólares). Disponível em: <http://exame.abril.com.br/ciencia/novartis-e-roche-sao-multadas-por-conspiracao-em-venda-de-remedio/>. Acesso em 15 de dezembro de 2016.

competitividade no mercado se encarregaria, por si só, do controle dos preços. Para aprofundar um pouco mais o olhar que A1 tinha sobre os laboratórios, buscou-se conhecer que informações ele tinha sobre a discussão que existia na área jurídica sobre a intervenção dos laboratórios na judicialização. Com isso, introduziu-se, na conversação, a seguinte informação:

Entrevistador: Um dos problemas que apontam nesse fenômeno da judicialização é que em tese alguns laboratórios estariam exercendo algum tipo de pressão nesse tipo de demanda. Estariam juntos em uma única demanda. E isso teria um viés prejudicial à saúde, porque seria...

Seria novidade dentro da política de acesso... (A1,16/02/2012)

Entrevistador: E até para aquele sentido de ser mais fácil cumprir a decisão...universalismo...

A forma rápida como A1 interfere na explicitação da pergunta inicial, indica que, para ele, essa estratégia de juntarem-se, em uma mesma ação judicial, dois ou mais laboratórios, era algo novo no que tange a judicialização de medicamentos. Diante da tentativa do entrevistador ampliar o sentido da junção de laboratórios como uma forma de induzir as ações judiciais, o entrevistado reage da seguinte maneira:

Eu não vejo dessa forma. Acho que é um outro tipo de pressão que não seria a do laboratório, mas, sim, de quem faz as políticas públicas. É o lobby lá em Brasília. Acho que é muito mais eficaz do que você forçar falando assim: “olha, já temos mil processos na justiça pedindo esse medicamento, vamos incluir? ”. Eu não sei se é bem por aí não. E ainda, como que o laboratório ia captar mil pessoas que precisam desse tipo de medicamento? (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Eles dizem que estão vinculados às associações, médicos...

De médicos, deve ter demais! (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Não! Têm, também, associações de pacientes, mucopolissacaridose, e por aí vai. “Tem um remédio novo lá”. E por aí, eles pressionam. Dá até ação civil pública da própria associação.

Eu sei. Mas isso aí depende do médico que prescreveu. Eu acho que é mais uma responsabilidade dele. Isso deve ter demais. Aliás, o que você mais vê são médicos participando de congresso na Europa, lá no lançamento de um medicamento. Eles (os laboratórios) têm outras formas mais eficazes de fazer esse tipo de pressão. Eu não sei como isso chega para o secretário estadual de saúde: “olha já tem aqui mil processos pedindo isso”. Não sei se isso é mais fácil de cumprir. Tem de ver também outras questões de preço. Não sei se existe um concorrente. Não sei como isso seria viável este tipo de pressão por meio judicial. Sei que é uma das pressões que eles devem utilizar, mas eu acho que não é a mais eficaz. Eu acho que um lobby em Brasília ou na Secretaria da Saúde, seria mais eficaz para isso acontecer. Acho que eles podem até usar o (alto) número de ações judiciais para fazer o lobby. É o que deve acontecer. Mas acho que não é suficiente existirem vários processos pleiteando determinado medicamento. Não é bem por aí. Mas que deve haver, deve. Acho que é uma coisa para ser analisada dentro da área médica. Porque não adianta os laboratórios fazerem pressão. Vai ter de ter um médico lá *cooptado* por eles para prescrever aquilo para todo mundo (o grifo é nosso). (A1,16/02/2012)

Analisando passo a passo a sequência acima da conversação entre entrevistadores e entrevistado, reconhece-se o quanto algumas das ideias apresentadas por A1 têm sido sustentadas por formuladores de políticas públicas de saúde quanto por pesquisadores da área, constituindo-se, assim, como um dos suportes para se estudar as ações concretas que têm ocorrido nos últimos anos. Muitas coisas que estão expressas em sua fala têm suporte em alguns autores que estudaram sobre o assunto e sobre os quais já apresentamos alguns resultados de suas obras, nos capítulos anteriores (CHIEFFI e BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al* 2012; SOARES e DEPRÁ, 2012; DEPRÁ, RIBEIRO e MAKSUD, 2015). Mas o que nos interessa aqui é ressaltar como A1 tem construído concretamente a leitura sobre a influência dos laboratórios na judicialização, a partir da sua percepção, evidentemente pautada em sua experiência como advogado dos pacientes nesses processos.

Pela leitura, pode-se ver que ele tem consciência de que existem interesses em jogo nas ações que visam garantir os direitos de seus clientes à saúde. Embora admita a existência de conflitos e pressões entre os agentes de diferentes áreas envolvidas, A1 minimiza o papel dos laboratórios nesse processo. Na sequência de suas explicações, aparecem duas instâncias às quais ele atribui a responsabilidade pelas ações. De um lado, está quem faz a política (gestores) e, do outro, o lobby, que são grupos de interesse que podem agir (e pressionar) em duas instâncias de poder: no Executivo, nas antessalas dos gabinetes ministeriais e até presidencial e no legislativo (onde se concentram os agentes que aprovam leis, regulamentos e o mais importante, o orçamento a ser gasto com a saúde no país).

Na dúvida levantada por A1 sobre uma suposta dificuldade dos laboratórios conseguirem juntar informações sobre como chegar a mil pacientes, por exemplo, um dos entrevistadores apresenta algumas fontes que têm sido apontadas pelos estudos como sendo as que os alimentam. Mostrando-se, assim que as associações estavam presentes desencadeando inclusive ações civis públicas. Diante dessa colocação, A1 reage imediatamente mostrando que ele tem consciência de que isso existe e tem um único responsável: o médico prescritor. Os exemplos que A1 utiliza para sustentar o seu argumento pautam-se, nas práticas que os laboratórios têm usado com apoio de seus *speakers* (ANGELL, 2008; GOTZSCHE, 2016). Este também é assunto que o mundo acadêmico com posturas críticas têm usado para justificar ou explicar a prioridade do papel dos médicos nas ações judiciais na área da saúde. Embora esse seja o argumento dominante em seu discurso, não se pode desconhecer que nele há, também, pelo menos a incerteza de que o seu setor de atuação pode estar vinculado aos interesses dos laboratórios. Se a presença de um médico é condição *sine qua non* para a ação iniciar, a abertura

de um processo se faz igualmente necessária. Sem ela não há judicialização e é por causa dessa exigência que o meio jurídico e advocatício entram como agentes importantes.

A1 refere-se a outro ponto que os estudos têm colocado como sendo um dos fatores desestabilizadores das políticas públicas de saúde que é o aumento excessivo de ações judiciais que têm desorganizado o orçamento público da área (BALESTRA NETO, 2015; MAZZA; MENDES, 2014; NASCIMENTO, 2014). Entretanto, na sua concepção esse é um problema que tem de ser estudado à luz da atuação médica, pois, para ele, esta categoria é cooptada pelos laboratórios. Com base nessa compreensão, o entrevistador acrescenta alguns pressupostos que a literatura tem apresentado para analisar essa postura dos médicos na interação com os laboratórios, criando inclusive um vocabulário específico para retratar o referido procedimento. Recorreu-se ao designativo *speaker* para caracterizar o profissional médico, que A1 está identificando como agente cooptado para atuar em prol dos laboratórios farmacêuticos. A reação de A1 foi na direção de comparar médicos e advogados, indicando o primeiro com maior potencial para influenciar outros médicos com as suas prescrições. Sobre esse assunto diz ele:

É exatamente isso. Acho que é mais por aí. Dentro de escritórios de advocacia, acho difícil você encontrar esse tipo de pressão. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Já se fala também que o próprio laboratório teria um corpo de advogados e os pacientes seriam orientados a procurar aqueles advogados.

Eu acho que pode ser. Mas acho que é menos eficaz do que pressão dentro da área médica, independente da compra ser feita pelo estado ou por particular. Isso daí é mais uma relação entre laboratório e o médico. Porque ele pode pressionar, ele vai prescrever para todos clientes dele e não necessariamente o paciente dele vai entrar na justiça. Mas eu acho que é uma forma de pressão exercida mais em cima da área médica; se alguns vão me procurar para pedir isso na justiça aí já é uma outra coisa; mas eu acho que essa relação, que pode ser mais condenável, acho que seria mais a pressão em cima dos médicos. (A1,16/02/2012)

Face ao material analisado acima, acerca da atuação de escritórios de advocacia que incorporaram marketing jurídico e, com ele, passaram a compor, decididamente, o mercado de prestações de serviços advocatícios, a visão que A1 apresenta sobre a dificuldade desses prestadores de serviços virem a ser pressionados pelos laboratórios, precisa ser analisada no contexto em que a presente investigação estava ocorrendo. Coerentemente com a perspectiva interacionista simbólica deste estudo, temos que considerar as situações contextuais que podem estar interferindo nos sentidos e significados que os sujeitos, ao serem entrevistados, dão às suas ações e explicam como se orientavam a partir de seus valores sociais e pessoais (BLUMER, 1980).

Recordamos brevemente que as entrevistas, ora analisadas, foram realizadas posteriormente a 2007, período em que se realizou em Belo Horizonte o Encontro de Soluções

Tecnológicas para Escritórios de Advocacia, acima analisado, impactando, como anuncia Ari Lima<sup>25</sup>, a prestação de serviços na área, impulsionando as disputas no mercado entre os vários escritórios. Acompanhando as transformações indicadas pelos estudiosos do tema, o que foi remarcado, por todos eles, se relaciona à mudança da lógica que se associa à competição no mercado. O serviço advocatício se aproxima às estratégias mercadológicas modernas. Estas estratégias estão em comunhão com os princípios que regem, ideologicamente, o mundo empresarial. Isto não significa que haverá a adesão direta e imediata de todos os escritórios advocatícios no Brasil. Em termos analíticos é preciso reconhecer que este enunciado divulgado naquele evento deixa claro que, em uma área profissional tradicional, no Brasil, se instauram novos procedimentos que, muito provavelmente, poderão criar divergências no campo.

As duas entrevistas realizadas com os advogados mostram como eles interpretam e aplicam em suas práticas esse novo modelo de gerenciamento do escritório advocatício. Como vimos acima, A1 indicou, explicitamente, que, na sua concepção: “Dentro de escritórios de advocacia, acho difícil você encontrar esse tipo de pressão”. A forma como ele constrói, discursivamente, a sua percepção acerca do escritório advocatício em pleno 2012, explicita uma imagem tradicional deste aparato que, na vida cotidiana, congrega todos os símbolos da beca ao diploma e deste à balança da justiça. Para ele, naquele espaço, dificilmente os laboratórios ousariam negociar, no nível mercadológico. Em compensação quando ele olha para o consultório médico, ele tem uma outra visão. Ali, os laboratórios, na sua percepção, pressionam e os médicos, simplesmente, prescrevem para todos os pacientes que lhes solicitarem.

Por outro lado, A2 relata uma outra versão acerca da relação dos escritórios advocatícios com os laboratórios. Ele revela os conflitos internos dentro do campo judicial em um momento em que os estudos mostram o quanto as indústrias farmacêuticas podem estar interferindo na política de saúde com a parceria das áreas profissionais, dentre elas a do Direito, que se conectam para que o processo seja levado adiante (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al*, 2012; COELHO, 2013). A2, após seu longo relato, em que reflete exatamente o contrário do que A1 nos diz quanto à submissão pacífica dos médicos sobre a pressão dos laboratórios, esclarece pontos que estavam obscuros em muitos estudos aos quais tivemos acesso e que, de certa forma, continuaram invisíveis nos relatos de A1.

Para responder a questão sobre a interferência ou pressão dos laboratórios nas ações dos escritórios, A2 se apoia na sua fala anterior, na qual evocava o sentimento de confiança entre médico e paciente, sem o qual, na sua percepção, não haveria prescrição que é obrigatória para

---

<sup>25</sup> Idem nota de rodapé 18.

dar início ao processo. Diferentemente do advogado A1, o seu olhar sobre a atuação dos prescritores não está pautado na exclusiva submissão maciça destes com os laboratórios. A partir dela, pode-se que dizer que, de um lado, há uma vertente que pode e está atrelada a saída judicial para responder tanto aos interesses individuais, quanto aos dos laboratórios. Mas, no seu relato, ele vê mais dificuldades para o aceite dos médicos do que sua integração absoluta nos processos judiciais. Um dos aspectos que ele aponta para justificar essa dificuldade é que, em geral, muitos médicos se sentem inseguros de participar nas referidas ações, por medo de terem os seus nomes envolvidos em algo que não se tem certeza, *a priori*, dos resultados e das repercussões que podem ter quando recusados pelo Judiciário. Diante dessa avaliação, perguntou-se a ele, se já tinha ouvido falar dos laboratórios. Sua resposta foi apresentada em etapas que se espalham por sua narrativa, mas traz um conteúdo repleto de indicadores, aqui sintetizados, que esclarecem muitos elementos que estavam obscuros ou pouco visíveis nos estudos sobre a influência das relações entre os laboratórios e os escritórios de advocacia. Da simples pergunta, se ele ouvira falar dos laboratórios, tivemos os seguintes enunciados:

Ah, muitas vezes (...) vou ser sincero. Eu já tive proposta de laboratórios. Eles diziam: “olha, eu vou te indicar 20 pessoas. Você vai fazer o processo para essas 20 pessoas”. Na época, tinha até bomba de insulina. Cada bomba custava 12 mil reais. Isto representava, para um vendedor, uma quantia considerável. Eles também me ofereceram honorários. Eu não me envolvi com isso, mas existe isso. Eu não posso falar, não tenho provas. Mas eu já ouvi falar muito de laboratórios direcionando grupo de advogados para isso. Igual eu te falei, eu não participo. Eu nunca participei. Advocacia que eu estou é sob confiança. O boca a boca (...) você atende uma pessoa ali, ela ficava satisfeita, ela te indica para a pessoa da frente, se ela não ficar ela não vai te indicar. E com o médico é a mesma coisa, se você atender um paciente, se você atender as perspectivas deles, o paciente vai falar assim: “esse médico é muito bom, fulano. Você está com problema? Vai no médico tal”. Isso acontece na advocacia. (A2, 30/03/2012)

Entrevistador: Você conhece advogados (que aceitaram isso)?

Não, não conheço! Mas esse problema existe. Já teve até investigação do Ministério Público em cima disso. Eu preferi não me envolver, para não me comprometer. *Eu achei melhor seguir do jeito que eu estava seguindo pela indicação da pessoa e pela necessidade dela.* (o grifo é nosso). (A2, 30/03/2012)

A2 está revelando coisas que já haviam sido indicadas em outros estudos que trataram dessa relação, sem, entretanto, qualificá-las, tal como ele o faz, enunciando, claramente, os procedimentos e os atos adotados pelos laboratórios, no cotidiano, dos escritórios advocatícios. A antiga prática da relação pessoal (advogado) e cliente que, ainda, permanece arraigada, no imaginário de A2, ou mais precisamente, na sua representação social do que deveria ser a referida relação, vem sofrendo uma brusca transformação, com a entrada, no cenário da judicialização da saúde. Os clientes, no atual contexto, podem chegar em “pacotes” selecionados previamente pelos laboratórios que os oferecem aos escritórios advocatícios a

preço de honorários. A forma como ele apresenta as propostas que são feitas pelos laboratórios e os valores envolvidos nos produtos negociados indica a lógica estratégica que tem sido utilizada nestas interações que não tem nada a ver com a filantropia ou com políticas sociais visando a garantia do direito à saúde. Outra indicação importante nos enunciados acima é a revelação que A2 faz sobre investigações que foram ou estão sendo feitas pelo Ministério Público Federal que reforçam a sua ideia de que a conexão dos laboratórios e os escritórios advocatícios podem estar na base do crescimento da judicialização no Brasil (BRASIL, 2016). Mostra-se, também, contextualmente, um aspecto que A2 apresenta, no seu relato, que revela um princípio da área do Direito que tem dificultado caracterizar hipóteses de manipulação dos laboratórios farmacêuticos em agentes ligados ao processo de judicialização, ou seja, ter provas. Embora ele diga em detalhes as formas de assédio a que foi submetido na sua percepção, isso, por si só, não se constitui em prova concreta para dar um destino diferenciado para esse tipo de problema. Além desta divergência de procedimentos e interpretações entre os dois advogados particulares, surge uma outra que vale analisar antes de passar para o defensor público. Trata-se da visão em relação ao magistrado, figura central na judicialização, cujo papel, nesse cenário, é fundamental, apesar de comportar, na percepção de muitos autores, como veremos mais à frente, ambiguidades que têm surgido ao longo dos últimos anos de atuação na área da saúde.

Dada a situação no momento em que se iniciava a presente investigação e que se assistia a um protagonismo crescente do Judiciário, mais precisamente do juiz nas decisões finais da saúde, não tinha como não introduzir nas entrevistas questões relativas a esse personagem, sobretudo, para os profissionais que tinham de estabelecer conexões diretas com o seu universo. Evidentemente, nos relatos, há inúmeras passagens em que se remete a algum tipo de ação junto aos magistrados. Entretanto, para a análise a seguir, selecionaram-se, apenas, aquelas que A1 e A2 apresentaram suas visões sobre a atitude e ação dos juízes face à interferência dos laboratórios farmacêuticos e às razões que os levariam a rejeitar ou aceitar uma demanda.

Sobre a influência dos laboratórios nas decisões do juiz, ambos os entrevistados não veem nenhuma possibilidade disso ocorrer na instância judicial propriamente dita. Ao ser questionado sobre as chances de o laboratório pressionar o judiciário, responde A1:

Muito pouco. Para um laboratório cooptar um juiz só, não vai adiantar absolutamente nada. Um juiz lá da vara estadual não vai surtir efeito nenhum, porque, além do processo ser distribuído por sorteio lá no estado, o advogado pode, ainda, entrar com processo contra o município, contra o desembargador.... Se tivesse uma câmara civil especializada em tratamento médico, aí poderia ser que a pressão surtisse efeito; mas como a coisa é pulverizada tanto aqui na primeira instância, como, na segunda, acho bem difícil. (A1,16/02/2012)

No relato acima, A1 não descarta a possibilidade dessa pressão dos laboratórios sobre o Judiciário ocorrer. Entretanto, a sua experiência de atuação na área mostra a complexidade que teria de ser executada para que um laboratório atingisse o resultado esperado. Não se teria previsão do juiz a ser sorteado. A possibilidade de a ação cair nas mãos de um desembargador aumentaria ainda mais incerteza em função da capilaridade na qual esse profissional se insere. Mas ele diz que há, sim, uma possibilidade de isso ocorrer, caso existam câmaras especializadas sobre as quais a pressão teria alguma chance de funcionar. A partir da hipótese levantada por A1, cabe destacar que em Minas Gerais, o Tribunal de Justiça publicou em 30 de junho de 2016, a Resolução Nº 829/2016 a qual estabeleceu competência prioritária para processar e julgar ações que envolvam o direito à saúde pública e à saúde suplementar, ou seja, foram constituídas as câmaras especializadas no Estado (MINAS GERAIS, 2016).

A2 faz uma leitura apurada do Judiciário. Aliás, é assim que ele se refere ao falar das ações tomadas pelos juízes para decidir se aceitam ou não a ação que ele está abrindo para favorecer o seu cliente. Não é um juiz isolado que decide, mas, sim, o Judiciário, ou seja, um poder constituído com regras muito bem definidas e reconhecidas pelas outras instâncias de poder no país. Ele constrói de uma outra maneira as razões que, naquele momento, ele utiliza para responder a demanda de seu cliente:

O judiciário ficou mais rigoroso, ele passou a exigir a prova de que o estado realmente negou aquele medicamento, para não falar que foi apenas uma falácia. Se você chegar lá na secretaria de saúde e falar: “olha, eu estou requerendo um medicamento” e ela te diz “esse medicamento não está na listagem”. Aí, você tem de lhe falar assim: “então me dá por escrito que ele não está na listagem”. E ela te diz: “eu não posso dar”. Então, até isso é um ponto grave para o paciente que tem dificuldade de provar que ele requereu o medicamento e que o estado não faz a parte dele. Ora se eu falo que eu não dou alguma coisa para alguém que está chegando lá, eu tenho que dar um requerimento a essa pessoa e negar, indeferir, bater o carimbo e “toma, pode ir”. Aí, o cara chega ao judiciário e diz: “está aqui a prova”. Esse caso meu de Sete Lagoas, eu tive que ir a Secretaria de Estado da Saúde e chamar um responsável e falar assim para ele: “você está inviabilizando o direito do meu cliente de pedir o medicamento”. Eu vou requerer ele bate o carimbo no documento e fala que não está na listagem. O que eles pensam? “eu vou fazer isso e vou praticar o crime de advocacia administrativa” que é aquele negócio de patrocinar, advogar contra aquele que te remunera. Isso acontece, isso é uma coisa grave; isso, para mim, é tão grave quanto descumprir a ordem. (A2, 30/03/2012)

Para A2, é quase impossível que um magistrado agisse por pressão de um laboratório, visto que ele tem de seguir procedimentos que estão solidamente constituídos e que, no momento da presente investigação, eram difundidos e discutidos com os juízes que têm de tomar as decisões finais para a concessão ou não de um medicamento. A2 revela, no seu breve relato, paradoxos que surgem ao longo das ações judiciais, quando essas exigem para a sua completa execução, documentos e/ou informações que levem um dos agentes envolvidos no processo judicial a produzir provas contra ele mesmo (QUEIJO, 2012). O conflito apresentado



por A2 não se refere, aparentemente, à marca de um determinado medicamento, mas, sim, à ausência de medicamento na listagem da Secretaria de Saúde. O que tem provocado tensão na relação entre os proponentes da ação judicial e o juiz é o fato deste último ter exigido provas de que o medicamento pleiteado não está disponível no SUS. Até aí não há nada de anormal. Pedir comprovação é um procedimento que garante a veracidade da demanda e sua legitimidade. O paradoxo é que a prova tem de estar documentalmente registrada e assinada pelo responsável da dispensação. Como este é um funcionário possivelmente ligado à Secretaria de Saúde, o documento assinado por ele produz uma prova contra o próprio ente responsável pelo fornecimento do medicamento.

Ainda existem outros aspectos da judicialização de medicamentos que foram tratados nas entrevistas com A1 e A2, contudo, entende-se que os dados, acima analisados, permitiram esclarecer estratégias que são utilizadas pelos laboratórios farmacêuticos que ampliam o número de processos judiciais sem que eles, enquanto entes empresariais, apareçam como figuras jurídicas. Ficam camuflados ou, mais precisamente, participam anonimamente das lógicas e dos procedimentos que o sistema jurídico impõe para que as ações sejam realizadas na sua integralidade.

Embora tenha ficado evidente nos enunciados que A1 e A2 expressam que existem diferenças procedimentais na forma que cada um deles percebe a judicialização, há pontos comuns que refletem, pelo menos em termos processuais, as questões relacionadas à política pública de medicamento. Em seus discursos, percebe-se, claramente, os embates que, no momento da coleta de dados relacionavam fortemente as ações judiciais à gestão da saúde, como se pode ver nos relatos a baixo:

(...) o que eu acho extraordinário é a Secretaria da Saúde descumprir descaradamente quase todas as decisões judiciais nas quais eu tenho atuado. (A1,16/02/2012)

Eu tenho um caso recente que está na justiça federal de Sete Lagoas que é a bomba de infusão. Eles entregaram a bomba, mas não entregaram a insulina. Então eu reclamei. (A2, 30/03/2012)

Estudando, eu cheguei ao conhecimento da política pública, mas ela é restritiva, muito restritiva. De acordo com a Constituição o direito à saúde é igualitário e irrestrito e universal. Então, a discussão é justamente essa: por que uma pessoa que tem AIDS tem, de acordo com as políticas públicas, acesso ao que há de mais novo em tratamento e uma pessoa de Alzheimer não tem? (A1,16/02/2012)

Para finalizar a análise da conversa com os advogados, apresentam-se, a seguir, as respostas de cada um deles acerca do que pensavam, primeiro, sobre as formas de tutelar o direito à saúde e, segundo, sobre a responsabilidade solidária, por serem esses temas que o campo jurídico ainda vem travando inclusive com a participação do Supremo Tribunal

Federal<sup>26</sup>. Sobre a questão da tutela do direito à saúde, já havia, naquele momento, posições claras que permitiam coibir o avanço dos laboratórios farmacêuticos no assédio que faziam sobre os consultórios médicos, escritórios de advocacias e sobre os próprios pacientes. Na mira dessas empresas, fixa-se um único ponto: interferir nas listas de medicamentos disponíveis no SUS (CAMPOS NETO *et al*, 2012; CHIEFFI; BARATA, 2010). Pelo que se pode depreender da literatura sobre esse tema, vários setores do judiciário preocupados com essa questão passam a solicitar do mundo acadêmico estudos sistemáticos e propositivos com o objetivo de orientar a área jurídica nas tomadas de decisões. Por exemplo, um estudo realizado por Luis Roberto Barroso (2008) encomendado pela Procuradoria-Geral do Rio de Janeiro analisa minuciosamente os parâmetros que poderiam ser criados para orientar o setor nas tomadas de decisão.

Dois parâmetros se destacam. O primeiro centra-se, justamente, no cuidado para que não haja confronto entre os poderes de forma a evitar que um interfira indevidamente no outro. No caso, seria a crítica feita ao judiciário que determinava o cumprimento de medidas em favor do demandante, que prejudicavam o orçamento da saúde proposto pelo poder executivo. Assim, para resolver esse conflito, deveria, segundo Barroso (2008), ser definido um parâmetro que circunscreva a atuação do Judiciário, em relação as ações individuais para efetivar a realização das opções já padronizadas pelos entes federativos e presentes nas listas oficiais de medicamentos (BARROSO, 2008). É claro, na reflexão acima de Barroso (2008), que a preocupação maior com essa questão se ligava diretamente à decisão do juiz, mas isso não impede que se conheça o que os agentes intermediários, no caso, os escritórios de advocacia, pensam sobre isto. Será que eles avaliam os efeitos das ações sobre orçamento da saúde?

O segundo parâmetro, consequência do primeiro, indicava uma solução para os casos em que o medicamento solicitado pelo paciente não fazia parte das listas existentes. De acordo com Barroso (2008), o fato de nessas listas não constarem os medicamentos solicitados não significava que as mesmas listas não pudessem ser questionadas judicialmente. Mas para isso, propunha-se o seguinte encaminhamento:

O Judiciário poderá vir a rever a lista elaborada por determinado ente federativo para, verificando grave desvio na avaliação dos Poderes Públicos, determinar a inclusão de determinado medicamento. O que se propõe, entretanto, é que essa revisão seja feita apenas no âmbito de ações coletivas (para defesa de direitos difusos ou coletivos e cuja decisão produz

---

<sup>26</sup> Tramita no Supremo Tribunal Federal o Recurso Extraordinário (RE) 855178 com repercussão geral, sob relatoria do ministro Luis Fux, que trata da Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Após o voto do ministro Luiz Fux, que rejeitava os embargos de declaração, pediu vista dos autos o ministro Edson Fachin no último dia 28 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em 15 de dezembro de 2016.

efeitos *Erga Omnes*<sup>27</sup> no limite territorial da jurisdição de seu prolator) (BARROSO, 2008, p.31)

Embora pareça distante de nosso objetivo de estudo, outros autores já assinalaram, tal como sugere Barroso (2008), que o Ministério Público adotava uma postura mais rigorosa em relação à demanda que se apresenta no âmbito do SUS, para não ficar refém das indústrias farmacêuticas, considerando a via judicial apenas quando comprovadas a necessidade do medicamento pelo usuário e a sua eficácia. Conhecer o que pensam os nossos entrevistados (A1 e A2) sobre esse assunto poderia ajudar a entender como esses temas estavam sendo interpretados por eles e o que suas práticas incorporavam das formulações teóricas e políticas que circulavam naquele momento na sociedade brasileira e, em particular, em Minas Gerais. Analisando o perfil das demandas judiciais de saúde no Estado de Minas Gerais, com intuito de produzir um trabalho que auxiliasse a gestão pública na construção de estratégias para diminuir as ações, Medrado *et al* (2013) identificaram uma ampla literatura que já vinha costurando o assunto. Entretanto, os autores buscaram revelar um elemento novo e importante para a análise, que foi a percepção dos advogados sobre a judicialização. Os pesquisadores destacaram a presença de demandas criadas sem necessidade e pedidos de medicamentos em decorrência de relações espúrias entre laboratórios farmacêuticos e advogados (MEDRADO *et al*, 2013). Em função dessa constatação, os autores sugerem que um convênio dos gestores da saúde pública com o Ministério Público poderia reduzir significativamente essas ações que vinham sendo articuladas pelos escritórios de advocacia. Mas para ser concretizado, como afirmam Pepe *et al* (2010a), não se pode perder de vista que a saúde como direito gera dois importantes recursos:

(...) a responsabilidade ética do poder público de formular e implementar ações que assegurem acesso da população aos serviços de atenção à saúde; o segundo recurso é a possibilidade dos cidadãos reivindicarem judicialmente, de forma individual e coletiva o cumprimento dessa obrigação estatal (PEPE *et al*, 2010a, p. 461).

Foi, portanto, com base nesse segundo recurso, que se buscou avançar na conversa com A1 e A2 para entender o conhecimento que cada um tinha dos mesmos e suas avaliações dos usos que são feitos na área da saúde. Vale ressaltar que o avanço nesses processos havia percorrido pelo menos duas décadas, pois, como ressaltava Machado (2008), as ações por demandas em saúde que chegavam ao Judiciário, individuais ou coletivas eram indeferidas. O que teria acontecido para haver essa mudança da posição inicial? Segundo Machado (2008), o

---

<sup>27</sup> *Erga Omnes*: este termo, no Direito brasileiro, representa os efeitos de algum ato ou lei que atingem todos os indivíduos de uma determinada população ou membros de uma organização, para o direito nacional, atingindo, dessa maneira, um número amplo de envolvidos numa determinada situação jurídica. Essa amplitude opõe-se ao efeito “inter partes” – aquilo que fica restrito somente às partes participantes da relação. Disponível em <http://www.megajuridico.com/entenda-melhor-o-que-e-o-efeito-erga/>

principal fator desencadeador dessa mudança foi a criação da Lei N° 9313/96 que garantiu a gratuidade e a universalização dos antirretrovirais (BRASIL, 1996), uma tutela coletiva que agregou direitos individuais homogêneos:

Entrevistador: Qual das duas tutelas deveria prevalecer no trato com o direito à saúde, a individual ou a coletiva?

São instrumentos diferentes. Na verdade, o que acontece? O povo é muito mal informado. A verdade é essa. Ninguém sabe, poucas pessoas sabem que o Ministério Público está lá para receber o cidadão. Se bater lá na porta e falar: ‘olha senhor promotor, eu estou com um problema de saúde... tem diversas pessoas (lá no meu) no município que estão em situação equivalente. Por que você não abre uma ação civil pública contra o estado pedindo para ele fornecer (os medicamentos?)’. Isso diminuiria o número de processo individual, mas ninguém faz isso. Se você tentar ‘você sabia que você pode ir no Ministério Público, pedir para o promotor cobrar do Estado, que cumpra o direito a saúde? Não! Você pode fazer uma pesquisa nesse sentido, perguntar para 10,20,30 pessoas aí na rua. Ninguém sabe te informar sobre isso. Então, isso interfere diretamente. A tutela coletiva e a tutela individual são instrumentos diferentes, mas o fim é o mesmo. Agora, se o Ministério Público agisse, ajuizasse as ações, claro que o Estado teria que cumprir coletivamente; mas muitas vezes o Ministério Público não faz. É um órgão assoberbado de serviços, que tem um monte de problemas. Então, isto é uma questão cultural pública para o caso. (A2, 30/03/2012)

É lógico que seria mais interessante a ação coletiva nesse sentido. E se não tiver uma ação coletiva para determinada doença? É um meio bastante eficaz a ação coletiva, uma ação civil pública, no caso de ser uma ação abrangente. Mas eu não vejo ela assim, ser fundamental em relação a algumas doenças. Porque se não, o que vai acontecer? A pessoa vai ficar esperando lá de braços cruzados para o dia que quiserem criar uma ação civil do medicamento dela? Então, aí, o que aconteceria? Será que não seria mais fácil uma atuação no Estado para ele tornar isso mais abrangente? (A1,16/02/2012)

Ambos reconhecem a força da ação coletiva em relação à ação individual. Entretanto A2 a vê como dois instrumentos jurídicos diferentes, enquanto A1 classifica a ação coletiva como um procedimento de maior interesse. No conjunto dos enunciados nenhum dos entrevistados identificam a ação coletiva como uma forma reduzida às ações conduzidas pelos escritórios advocatícios e os laboratórios. Vale ressaltar a posição de A2 que aponta para um olhar mais crítico e mais político do uso da tutela-coletiva. Na sua concepção essa dimensão mais cívica do referido procedimento não se solidifica por conta do desconhecimento público: “povo muito mal informado”. Falando do lugar do profissional da esfera privada que privilegia, obviamente, o processo individual, vê-se um certo distanciamento avaliativo em A2 quando ele atribui o não aumento das ações coletivas ao desconhecimento dos cidadãos e não à falta de efetividade do Ministério Público ou da Defensoria Pública. Enfim, A2 conclui parte de seu raciocínio dizendo que, embora os dois instrumentos sejam diferentes são usados para atingir o mesmo fim. Sua crítica, ponderada ao Ministério Público, recai na sobrecarga que o referido órgão tem de lidar, conclui ser essa uma questão cultural.

A1 foi mais pragmático na sua avaliação. Considerou e reafirmou a eficácia da ação coletiva. Segundo ele a problematização dessa eficácia da ação civil pública é a própria doença, ou melhor, o tipo de doença. Algumas ações coletivas são inócuas. Para alguém com uma doença rara ou de pouca visibilidade, a ação coletiva não suscitaria imediatamente uma resposta. “E aí? O que ele faz? Fica de braços cruzados esperando criarem uma ação civil pública?”, indagou A1.

Diante desses enunciados os entrevistadores avançaram outras questões mais provocativas que foram polemizadas, sobretudo, com A1 que trouxe para o debate outras temáticas que incorporaram a atuação dos laboratórios, sem que estes aparecessem como os protagonistas.

Entrevistador: Dizem que melhor seria a tutela coletiva, porque nas ações individuais, você acaba (...) remanejando recursos que seriam destinados a outra área da saúde (...) acaba com essa ideia de cobertor público, o que você cobre aqui você descobre ali.

Ah! Não, eu não concordo. Você não pode ficar com esses entraves burocráticos (...) o que está em risco é o direito de saúde de uma pessoa. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Mas tem essa ideia de que eu garantindo a tutela individual, eu garanto o direito de uma pessoa, e essa garantia judicialmente. Com isso, eu estaria lesando o direito de outra pessoa que depende da política pública, daqueles recursos que serão passados para essa pessoa aqui que acionou a justiça.

Ai a pessoa que foi lesada entra na justiça e ganha e pronto. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Mas aí tem uma questão de justiça que acaba privilegiando uma classe social que são aqueles que tem acessos à justiça e quem não tem condição de acionar o judiciário (fica excluído) quebra a equidade (...) Dentro dessa perspectiva que o Estado tem de tirar dinheiro de algum lugar, e esse dinheiro pode sair de uma política pública que seria universal, e eu estou tornando essa política restrita aos que tem acesso ao judiciário; o que você pensa disso?

Alguém vai ficar sem; se essa pessoa não vai ter o tratamento dela, põe-se em risco a saúde dessa pessoa. Você vai deixar de atender um caso concreto, levado ao judiciário, principalmente com tanto desvio de verba que existe? Deixar de atender aquela demanda individual que está ali, para não mexer no orçamento da política de saúde que sei lá se será cumprido? (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Mas isso é uma crítica? Para você universalizar custa mais para o Estado do que cumprir a decisão judicial?

Exatamente. Há aí um jogo que é mais interessante para o Estado. É muito mais fácil só atender aquelas ordens judiciais do que aquela droga mais moderna e mais cara para o Alzheimer, estar aqui disponível bastando você vir aqui e pegar. (A1,16/02/2012)

Começa-se a análise do trecho pelo final do debate em que A1 revela um de seus entendimentos acerca do que levaria indivíduos a buscar a ação judicial, com base na sua prática advocatícia. A judicialização é descrita, por ele, como um “jogo”, no qual o Estado enquanto agente aceita jogar. Segundo ele, seria mais fácil atender as demandas judiciais do que

universalizar a “droga mais moderna e mais cara” que os laboratórios introduzem o tempo todo e usam de todos os artifícios para vender a seu público.

Se pela expressão “universalizar custa mais para o Estado do que cumprir a decisão judicial” quisermos interpretar o sentido de custo na fala de A1 reduzindo-o exclusivamente ao sentido de “preços e gastos do governo”, deixaríamos de lado um aspecto importante que está, também, em sua fala, e, por isso, precisa ser analisado. A1 deixa claro em vários enunciados que o ato do poder público não responder às ações individuais, pode lhe acarretar custos políticos. E estes são apresentados por ele com uma dinâmica discursiva muito própria, na qual ele se coloca dentro das cenas e as observa como participante ao falar.

Ao destacarmos o possível privilégio da tutela coletiva, que supostamente evitaria o risco de se retirar recursos de outras áreas da saúde, A1 responde, de forma peremptória, que discorda de nosso enunciado que, para ele, apenas, expressa entraves da burocracia. O risco está em retirar o direito à saúde de uma pessoa. Na condição de advogado particular, A1 está atento para o fato de que as pessoas estão, cada vez mais, conscientes de que podem entrar individualmente na justiça para garantir os direitos. Essa é uma premissa que não choca de forma nenhuma com a sua posição profissional. A1 reproduz uma das lógicas que vêm sendo sustentada, sobretudo, pelos especialistas em economia: “Não vai dar para todo mundo ter tudo. Alguém vai ficar sem”. No conjunto de enunciados entrelaçados em seu discurso, A1 discorre sobre o custo político da gestão pública ao recusar uma demanda sob condições questionáveis. Que justificativa o Estado teria para deixar de atender um caso concreto levado ao Judiciário, à medida que há muitos anúncios de desvios de verba? Que argumento se tem para não atender a demanda que está ali na frente dele, para não mexer no orçamento, que ninguém sabe se ele será cumprido? Sintetizando, A1 não minimiza os gastos orçamentários, mas ele evidencia os custos políticos que, em geral, ficam omitidos ou invisíveis, nos discursos dos gestores públicos.

Para finalizar o retrato dos escritórios de advocacia frente a judicialização, apresenta-se, a seguir, um tema que tem sido polêmico no momento de se tomar decisões sobre quem deve se responsabilizar pela aquisição do medicamento e/ou equipamento. Machado (2008) recupera, historicamente, os passos que foram dados após a criação da Lei 9313/96. A partir da sua criação, segundo o autor, foi aberta a obrigatoriedade de cumprimento da Lei, de forma conjunta e solidárias pelos três entes federativos (MACHADO, 2008).

As questões para A1 e A2 e as respostas a cada uma delas visavam captar o que o tema da solidariedade entre os três entes (União, Estado e Município) tinham a ver com a indústria farmacêutica e, conseqüentemente, como são moldadas as formas de pensar a judicialização no

Brasil. Sobre esse tema, Ventura (2010) mostrou a grande influência que os laboratórios farmacêuticos exercem na economia dos Estados. Essa influência se faz por meio de segmentos sociais: pesquisadores, pacientes, médicos e, como podemos constatar com a análise das entrevistas, escritórios de advocacia devem ser registrados nesse rol. Relativamente ao lugar que essas indústrias ocupam no cenário nacional, o certo é que as mesmas podem criar redes de financiamento de pesquisas clínicas com a contrapartida de incorporarem novas tecnologias ao sistema de saúde.

Depois de um certo período, após a implantação desse modelo de solidariedade entre os três entes da federação, observa-se, claramente, na literatura sobre esse assunto que, no Brasil, foi se criando um padrão que se repete em todos Estados. Tal padronização se modifica com as características e os entendimentos que cada comarca e juiz têm sobre o responsável pelo cumprimento da decisão (DRESCH, 2014). Como há uma diversidade de procedimentos, que mobilizam um quantitativo considerável de agentes públicos, entre os quais procuradores e servidores administrativos, Barroso (2008) destaca que surgem despesas inesperadas e prestação jurisdicional fica prejudicada. Messeder, Osorio-de-castro e Luiza (2005) apontam que pelo fato de não se ter em lei especificação para qual ente é a atribuição do fornecimento de medicamentos, a maior parte recai nos Estados<sup>28</sup>.

Considerando a importância dos problemas que incidem sobre os entes federativos no momento em que são responsabilizados nas ações judiciais, pretendeu-se conhecer como os advogados têm lidado com essa questão, tendo em vista que são esses profissionais que decidem contra qual dos entes entrarão com ação judicial:

Entrevistador: E quanto à responsabilidade solidária, como você vê isso?

Isso é muito importante, sim, eu acho correto. É uma forma de pressionar o Estado a cumprir a sua responsabilidade...O que é solidariedade? Em termos jurídicos, é: “eu, como autor do processo posso exigir que qualquer dos entes federativos, tanto a união, quanto o Estado ou o município, cumpra a ordem judicial; então, eu posso entrar com um processo contra o município. Posso entrar só contra o Estado, posso entrar só contra a União, posso entrar contra os três. (A2, 30/03/2012)

Entrevistador: Acontece de entrar contra um, perder, entrar contra outro e ganhar?

Isso pode acontecer. É possível (...). Você faz uma coisa que não deu certo para um ente mas, em relação ao outro, o juiz, dá certo. (A2, 30/03/2012)

Entrevistador: (...) para racionalizar o sistema para evitar que a responsabilidade solidária venha causar uma confusão...

Realmente tem esse problema. Mas o que acontece? Quando eu atuava nessa questão, eu nunca tive esse problema. Primeiro que eu sempre instituía as ações contra o Estado de Minas Gerais. Esse processo que está ativo agora, de Sete Lagoas, incrivelmente,

---

<sup>28</sup> Idem nota de rodapé 26.

eu ajuizei contra os três. Eu tinha uma resistência contra Estado. O juiz não quis dar a liminar. Eu preferi, para não causar riscos para o meu cliente, desistir daquele processo e ajuizar contra os três na justiça federal. E a juíza de lá deu. Então você tem essas coisas, um juiz dá e outro juiz não dá. (A2, 30/03/2012)

Entrevistador: Você acha que isso é falta de critério?

Para mim, eu entendo que sim, porque, por que um juiz dá e o outro não dá, sendo que estou fazendo o mesmo pedido, com os mesmos documentos, com a mesma prova? Por que tem tanta diferença? É questão de entendimento. Tem juiz que tem uma resistência em dar liminar, é natural, tem receio de estar assumindo uma responsabilidade. Mas tem juiz também de muita coragem, faz com convicção, que sabe. Essa situação, que estou te relatando, eu passei por isso recentemente. Tive que desistir porque infelizmente eu ia causar um prejuízo para o meu cliente. Por que? O que acontece? O processo ia correr, ele não ia receber o medicamento durante o processo, e ele precisava daquele medicamento naquele momento; diabetes é uma doença crônica e precisa da insulina diariamente! (A2, 30/03/2012)

A2, em seus enunciados iniciais, deixa claro que, em termos jurídicos, poderia ajuizar a ação contra qualquer um dos entes federativos. Diante dessa explicitação, o entrevistador busca esclarecer em que circunstâncias isso ocorre e a resposta dada mostra que a orientação de A2, na sua tomada de decisão, é a probabilidade de ganhar ou perder a causa. Como a legislação é flexível nesse ponto, ele tenta nas três instâncias alternadamente. Segundo a sua lógica: “não é interessante direcionar, ao mesmo tempo, o processo aos três entes. Isto pode estar queimando uma oportunidade”, caso haja rejeição de um dos entes, de ser contemplada em um outro momento, por juiz em instância diferente. Diante da resposta do uso de estratégias, aproveitando-se da flexibilidade da lei, o entrevistador introduz uma crítica que vinha sendo feita à responsabilidade solidária que evoca a divisão de competências, associada à questão do custo e dos orçamentos públicos para atender as ações judiciais. Uma coisa é o determinismo constitucionalista que evoca essa solidariedade, outra coisa é como cumprir este princípio no contexto da judicialização da saúde. Todos os três entes teriam as mesmas condições para responder a decisão judicial? Medicamentos ou equipamentos de alto custo, solicitados na ação judicial para serem fornecidos, teriam condições de serem adquiridos por qualquer dos entes federativos? Os advogados teriam avaliado essas condições, antes de encaminhar o processo?

Essas distinções e preocupações relacionadas à qual dos entes federativos será direcionada a ação judicial não aparece nos enunciados proferidos por A2. O termo solidário é entendido por ele como algo que agrega na sua ação advocatícia a possibilidade de ter três chances de ganhar ou perder a causa. O seu discurso revela algo que nem sempre ganha visibilidade pública, o que acaba prejudicando uma leitura mais crítica do que vem acontecendo no mundo da judicialização.

A2 mostra que a decisão judicial é uma variável inconstante. Um processo que tinha como foco do litígio o ente municipal pode ser rejeitado por um juiz da instância estadual.



Entretanto, essa mesma demanda tendo como foco o ente estadual pode ser aprovado por um judiciário federal. Exemplo que A2 oferece para mostrar essa inconstância nas decisões judiciais é muito ilustrativo. A ação teve início em um pequeno município da região metropolitana de Belo Horizonte. Por decisão sua, ele ajuizou contra os três entes. A resistência mais forte expressa por ele vinha do judiciário estadual. Mas teve mais sorte na justiça federal que aprovou a sua demanda.

Embora A2 tenha, em um primeiro momento, admitido que essa oscilação nas decisões judiciais resultava de uma falta de critério, na sua última fala aponta um outro elemento do campo jurídico que poderia afetar as decisões, as quais ele situa claramente no âmbito da jurisprudência, ou seja, da interpretação que o Judiciário faz das normas às situações concretas.

Eu jogo com a jurisprudência a meu favor (...) até pela solidariedade dos entes na prestação do serviço, às vezes, por uma questão processual dessas, se eu perder contra o Estado eu vou e entro contra o município, porque tem várias jurisprudências.... Eu entro contra o Estado ou contra o município. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Geralmente você aciona os três?

Não, um só. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: Então eu vou aproveitar, e fazer uma última pergunta. Você falou da responsabilidade solidária. O STF já está tranquilo nisso. Apesar do artigo 23 estar lá determinando que é responsabilidade comum, o SUS distribui competências no sentido de racionalizar o sistema e tornar até mais eficiente também, a princípio funcionar. Então, qual que é a crítica que tem sido feita? Muitas vezes um ente federativo (município) é acionado e dentro da repartição de competência não é ele o responsável. Vou só dar um contexto: tem medicamentos muito caros que o financiamento é da União justamente por isso, ela tem mais receita e tal; então você acaba desestruturando um sistema que a intenção dele é ser mais racional.

Sim. (A1,16/02/2012)

Entrevistador: O que você acha dessa crítica? Se você acha que a responsabilidade deve ser solidária mesmo...

Por vezes uma doença que aflige metade da população do Brasil. Sim é solidária, ou então muda a Constituição. Para resolver essa questão só mudando a Constituição, não tem outra forma. Enquanto a gente brigar pelo que está no texto constitucional, os pacientes vão continuar ganhando. A racionalização disso não pode ser um obstáculo; eu até coloco nas minhas petições que eu sei que a política pública é para racionalizar mesmo, tanto a questão do orçamento e tudo, mas, não ter dinheiro não é justificativa, falar que é o outro lado, para mim também não é justificativa, por quê? Porque eu brigo pelo que está na Constituição; e lá é claro, solidário, completamente solidários. Porque, a questão aqui no Brasil, essas questões infraconstitucionais, o que eu falei, parece que esquecem o que fala o texto constitucional e estipula aquilo lá; tudo bem, poderia ser, mas que fosse universal, pode estabelecer essa divisão, mas que fosse uma coisa universal, você não precisaria ter que ir para a justiça para falar que um ente não está entregando medicamento. (A1,16/02/2012)

Considerando-se a liberdade com que a entrevista transcorreu e os cuidados nas transcrições e na análise dos dados acima apresentados, destacam-se os jargões próprios da área de formação do entrevistado, que permitem recompor parcialmente os fundamentos que o

orientam e, ainda, identificar os diferentes indicadores que os estruturam. A1 tem o seu discurso quase que integralmente centrado nos princípios da Constituição, mas deixa claro, logo no início da fala, que ele não abre mão da jurisprudência, ao contrário, “joga” com a mesma. Trata-se de uma metáfora muito apropriada para o tema que estamos estudando. Certamente, o acompanhamento que vinha fazendo, com seus clientes ou de outros escritórios de advocacia, nos fornece informações importantes sobre determinados assuntos que não estão muito precisos na lei. Contudo, por força da judicialização da saúde, esses temas têm levado os tribunais de justiça, como destaca Balestra Neto (2015), a elaborarem súmulas que colaboram com o Judiciário na interpretação e na decisão desses novos objetos.

Enquanto, nos enunciados de A2, surgiram posicionamentos relativos à tutela coletiva e às ambiguidades resultantes da jurisprudência, na análise das posições de A1, apareceram os primeiros indícios dos pressupostos que têm orientado o Judiciário na construção de jurisprudências que problematizam a intervenção dos três poderes, no que tange as políticas de saúde. O tema que tem sido tratado sobre a intersecção conflitante dos poderes, retoma a questão constitucional. O discurso de A1 está eivado desse traço constitucionalista. Ele o utiliza para explicar como atua nas ações judiciais da saúde. Para contextualizar este tipo de achado, vale trazer uma outra obra de Luís Roberto Barroso (2005), na qual ele reflete sobre o ressurgimento do constitucionalismo e atribuiu o prefixo “neo” para identificá-lo como algo datado, inclusive contemporâneo ao surgimento da judicialização da saúde, outro tema caro à reflexão de Barroso.

O neoconstitucionalismo revigora alguns princípios que precisavam ser retomados pelo Judiciário, sobretudo, neste momento em que os juízes se deparam com situações complexas que permitem mais de uma solução possível e razoável (BARROSO, 2005). Tais situações se apresentam mais difíceis porque têm exigido e desafiado o universo jurídico a tomar decisões que envolvem a criatividade do magistrado, as quais requerem melhor fundamentação, pois são decisões que não estão inteiramente legitimadas considerando-se a separação dos Poderes (BARROSO, 2005). Juízes aplicam, no caso concreto, a decisão abstrata tomada pelos legisladores. Com a emergência e o crescimento das ações judiciais em saúde, os casos complexos incorporam um conjunto de leis infraconstitucionais que o Legislativo teve de produzir, além de decisões que foram e vão sendo tomadas pelo Executivo, para atender o acesso aos medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, atuação que fica fora da lógica de separação dos poderes. Instauram-se, assim, conflitos que os advogados A1 e A2 compreendem pautados por todos os jargões neoconstitucionalistas.

Com as análises acima, relacionadas às narrativas de A1 e A2, pretendeu-se, como dito anteriormente, conhecer as lógicas utilizadas por advogados particulares e, conseqüentemente, escritórios de advocacia em geral, que atuam nas ações judiciais na área da saúde. Comparando os resultados das entrevistas dos dois advogados chegamos a seguinte síntese: nossa busca inicial era conhecer o que os advogados pensavam sobre o assédio da indústria farmacêutica, seja em relação aos pacientes individualmente ou organizados em associações que potencializavam o aumento das ações judiciais. Introduziram-se, neste tipo de assédio, os consultórios médicos e os escritórios de advocacia, pois pesquisas, na área, haviam registrados dados que os comprovavam (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al* 2012; SOARES; DEPRÁ, 2012). Ações punitivas empreendidas pelo próprio Ministério Público atingiam diretamente ações ilegais praticadas por esses escritórios. Na análise dos dados das entrevistas realizadas com A1 e A2 fica claro que ambos tinham conhecimento desses casos relatados acima. Um deles, inclusive, sofreu assédio direto de laboratórios. Entretanto, ambos declaram nunca terem participado como cúmplices desses acordos com os laboratórios. Em ambas narrativas, há certa ambigüidade ao se considerar a possibilidade dos escritórios de advocacia participarem desses arranjos com a indústria. Embora, em alguns momentos, reconheçam que existem escritórios que poderiam atuar desta forma. Saindo dos escritórios e refletindo sobre o Judiciário, neste jogo de interesses, ambos o colocam como um poder à parte. Na representação imaginária de A1 e A2 seria muito difícil os magistrados serem cooptados pelas indústrias farmacêuticas. O *locus* de disputas apontados por A1 e A2 se alterna entre o Executivo e o Legislativo. Estes, sim, seriam poderes vulneráveis aos *lobbies* empresariais.

Dentro do universo no qual a pesquisa foi realizada, não há como desconsiderar as inúmeras interações que ocorriam, na prática, naquele momento, entre os diferentes agentes que atuavam na judicialização da saúde. Considerando os dados sobre o *marketing* que hoje os escritórios de advocacia utilizam para captar novos clientes, criando verdadeiros nichos de mercado, como declaram A1 e A2, fica difícil não ver nessa lógica de atuar o mesmo modelo difundido pelas indústrias farmacêuticas. No lugar de medicamentos vendidos para o consumo de pacientes ávidos por novidades, com essa nova lógica, a ação judicial deferida passou a ser um produto disputado no mercado. O sagrado direito à saúde, nas narrativas de A1 e A2, é apresentado como direito a medicamentos. Confirma-se em parte a hipótese aventada por Boing *et al* (2013) de que no Brasil foi criada uma verdadeira indústria de ações judiciais.

Saindo dessa dimensão que relaciona o contrato privado para defesa legal dos interesses individuais do paciente, como as coisas estariam se passando na defensoria pública? O que esses advogados públicos estariam fazendo para estancar a sangria no orçamento público da

saúde, ou quem sabe, essa proliferação industrializante? Teriam eles essa percepção de que teríamos hoje no contexto da judicialização da saúde duas indústrias altamente atuantes: farmacêutica e a de processos judiciais?

#### 4.2.3 Análise da narrativa do Defensor Público

Como dito anteriormente, nesta fase foi entrevistado um defensor público, que, segundo estatuto que rege essa função profissional, deve operar como um advogado capaz de solucionar conflitos de uma forma célere, antes mesmo de se formar um litígio. Na análise das entrevistas será identificado como DP (Defensor Público). Para caracterizar suas funções, metodologicamente, fez-se uso dos documentos da própria corporação que, em geral, são utilizados para situar observadores externos sobre o papel que os servidores cumprem enquanto ali estiverem atuando.

Defensores Públicos são pessoas formadas em Direito e que ingressam na Defensoria Pública com, no mínimo, dois anos de experiência, através de aprovação em um rigoroso concurso de provas e títulos. Na defesa dos interesses de seus assistidos os Defensores Públicos têm atuação no primeiro e no segundo graus de jurisdição, com titularidade e atribuições específicas em razão da matéria a ser examinada. O Defensor Público é independente em seu mister, litigando em favor dos interesses de seus assistidos em todas as instâncias, independente de quem ocupe o polo contrário da relação processual, seja pessoa física ou jurídica, a Administração Pública ou Administração Privada, em todos os seus segmentos (FONTE: DEFENSORIA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011)

O DP tem uma ação, pautada na experiência. A condição para chegar ao cargo é ter exercido a função de advogado por pelo menos dois anos. Entende-se que, com essa exigência, o defensor tenha passado pelos mesmos percursos (e percalços) que os profissionais da carreira advocatícia em seu cotidiano. Afirma-se que o DP é independente na sua ação. Pode atuar em defesa de seu assistido, independentemente de quem estiver do outro lado da relação processual (DPRJ, 2011).

A seguir analisam-se as narrativas do DP para conhecer a percepção desse advogado público sobre a judicialização da saúde. Buscava-se compreender até que ponto os casos relatados, refletiam ou não, preocupações e questões do setor jurídico que afetavam o orçamento público naquele momento. Seguindo os mesmos procedimentos metodológicos adotados nas análises anteriores, caracteriza-se, concomitantemente, o contexto em que DP respondia as questões, servindo-nos de um estudo recente, elaborado por Medrado *et al* (2013), que descrevia, precisamente, o perfil das demandas judiciais da saúde no Estado de Minas Gerais. Por meio de uma coleta de dados, de janeiro a julho de 2012, junto a Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais, os referidos autores sustentam uma hipótese, que o excesso de ações

judiciais existentes na área da saúde reflete a deficiência da gestão pública. Os autores inclusive propõem algumas medidas que acreditam que se fossem adotadas pelos agentes envolvidos, incluindo gestores e judiciário, poderiam reduzir o grande número encontrado, sem prejudicar a assistência à saúde dos cidadãos. Pretendiam com esse estudo fornecer informações com vistas a assessorar o poder público na elaboração de estratégias para a redução das referidas ações judiciais.

Dentre o conjunto de dados coletados e analisados, o referido artigo descreve quem são os agentes que numericamente tem concentrado, nas suas práticas, as ações judiciais contra o Estado de Minas Gerais.

Das 2506 ações analisadas, 37,3% foram ajuizadas pela Defensoria Pública Estadual ou pela Defensoria Pública da União; 32,7% foram ajuizadas por advogados particulares; 13,7% pelo Ministério Público Estadual ou pelo Ministério Público Federal. Em 9,9% dessas ações as partes atuam sem assistência de advogados, prerrogativa estabelecida pela Lei 9.099/95 para causas consideradas de pequeno valor. Em 3,8% das ações não foi possível identificar a representação do autor, em razão do mandado não conter a petição inicial enquanto em 2,1% os autores estavam representados pelas assistências judiciárias de Faculdades de Direito (MEDRADO, 2013, p. 10).

Diante desse quadro de perplexidades, os autores sintetizam a gravidade do problema da judicialização, no qual 51% das ações foram ajuizadas por Defensorias Públicas do Estado e da União e pelo Ministério Público Estadual e Federal (MEDRADO *et al*, 2013). Como ressaltam, esse não era um problema exclusivo do Estado de Minas Gerais. Outros Estados, como o Rio de Janeiro, padeciam do mesmo problema do predomínio de ações por parte da Defensoria Pública, embora com um percentual muito maior, 83% (PEPE *et al*, 2010a).

A hipótese apresentada por Medrado *et al* (2013) para explicar o percentual menor de Minas Gerais não tem relação com a aplicação de uma visão de racionalidade, com base nos gastos orçamentários, que as ações judiciais têm provocado para a gestão pública. O percentual menor está relacionado com a baixa representação das Defensorias nas 296 comarcas estaduais. Destas, segundo os autores, apenas 94 as possuíam. Em abril de 2016 a Defensoria Pública passava a se fazer presente em 116 comarcas<sup>29</sup>.

Sem perder o foco na Defensoria Pública, vale ressaltar outro aspecto que o artigo em questão destaca para falar de um procedimento que vem sendo adotado pelo Ministério Público, o qual tem sido, segundo os autores, negligenciado pelos juízes, a saber:

Verifica-se que a legislação não conferiu a esta instituição (Ministério Público) a prerrogativa de ajuizamento de ação ordinária para defesa de direito individual à

---

<sup>29</sup> Defensoria Pública de Minas Gerais abre mais três unidades na Grande BH. Estado de Minas, Belo Horizonte, 4 abr. 2016. Disponível em: [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/04/04/interna\\_gerais,749947/defensoria-publica-de-minas-gerais-abre-mais-tres-unidades-na-grande-b.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/04/04/interna_gerais,749947/defensoria-publica-de-minas-gerais-abre-mais-tres-unidades-na-grande-b.shtml). Acesso em 23 de dezembro de 2016.

saúde, salvo se tratar de idosos, crianças e adolescentes, cujas leis específicas fazem previsão expressa. Não obstante, na prática, inúmeras ações são ajuizadas pelo Ministério Público pleiteando medicamento ou tratamento de saúde para pessoas maiores e capazes, mesmo havendo defensoria pública na comarca. Os juízes raramente reconhecem essa ilegitimidade (MEDRADO *et al*, 2013, p 11).

Como se pode ver, essas descobertas ganharam peso em nossa pesquisa, tendo em vista a repercussão no contexto da judicialização da saúde. Embora não se tenha ainda uma avaliação de como os defensores públicos têm incorporado os pressupostos que as sustentam, entendeu-se que valia a pena investigar como o DP selecionado para nossa entrevista concebia esses modelos. Um ponto central que sabíamos que teríamos dificuldades para aprofundar na entrevista de conversação com a Defensoria Pública era introduzir questões em relação ao assédio dos laboratórios às medidas judiciais.

Na consulta à literatura que trata desse tema, sejam estes artigos publicados em revistas indexadas ou registros de anais de congressos, as defensorias públicas não são confrontadas com esse tema. Nas representações sociais que circulam nestes instrumentos de comunicação científica, em geral, o que aparece com frequência é o assédio da indústria farmacêutica com os consultórios médicos, escritórios de advocacia, grupos de pesquisa nas universidades, associações de pacientes e, mais recentemente, com os *lobbies* nas bancadas parlamentares. Blinda-se, contudo, o núcleo do Direito que igualmente integra a ação judicial, como se pôde ver nas entrevistas anteriores, com os médicos e os advogados. Todos tiveram muita dificuldade de admitirem juízes, promotores e defensores públicos sendo abordados pelos laboratórios farmacêuticos. Ao falarem ou mencionarem as ações do Judiciário, propriamente ditas, prevalece em seus enunciados uma quantidade imensa de imagens pautadas em discursos que enfatizam, exclusivamente, o cumprimento do dever de garantir o direito à saúde.

Historicamente, a Defensoria ganhou destaque com o decorrer da evolução das constituições brasileiras. Apenas em 1934, o termo assistência jurídica ganhou relevo. Começa-se a falar dela, com o perfil que existe atualmente, a partir do art. 134 da Constituição Federal, em que é definida como “instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV” (ARRUDA, 2013, p. 12). Segundo o art. 134, as Defensorias são autorizadas a postular o juízo pelas pessoas naturais e pessoas jurídicas, independentemente de qualquer requisito, pois, quem as representa não são os seus membros, mas a própria instituição (ARRUDA, 2013). Negar isso seria impedir que a instituição cumprisse sua própria missão constitucional.

Pelo que se pode depreender dessa definição que nasce na Constituição de 1988 e se prolonga até hoje como um modelo a ser seguido pelos defensores, espera-se que os

profissionais tenham narrativas que eliminem qualquer possibilidade de exprimir posições pessoais e muito menos políticas e jamais interesses econômicos. O defensor empresta a sua voz à instituição. Quando fala é a instituição que estará falando. Deve ser tão independente que, embora para exercer esse cargo tenha que ter formação em Direito, sua carreira como defensor público não precisa do aval da OAB (ARRUDA, 2013).

Entretanto, a imagem corporativa construída pelos profissionais que ocupam esse cargo não resistiu a críticas produzidas a partir de suas práticas, retratadas em algumas obras que merecem ser citadas. Por exemplo, Biehl e Petryna (2016), em recente artigo, analisam os entroncamentos dos mercados terapêuticos com a judicialização e mostram o protagonismo da Defensoria Pública. Os autores refletem sobre o conflito entre os administradores públicos e o Judiciário. Neste embate, destacam o papel da Defensoria, que, como vimos acima, em alguns estados, tem concentrado o maior número de ações judiciais da saúde. Na entrevista que Biehl e Petryna (2016, p.178) fazem com defensores públicos, estes alegam que o trabalho garante a responsabilização dos governos. Com seus atos buscam maior visibilidade da Defensoria e amplia a importância política entre as instituições estaduais. Em parte, Biehl e Petryna (2016) se referem a uma experiência ocorrida recentemente em São Paulo relatada pela procuradora, Juliana Yumi Yoshinagua (2011), na qual se admitia que as autoridades reconheciam os excessos produzidos pela Defensoria Pública. Ela era a instância pública que mais judicializava as ações por medicamentos, que geram rombo no orçamento da saúde. E ainda, detectou-se várias ações ajuizadas pela instituição com medicamentos/insumos ou procedimentos médicos padronizados no SUS (YOSHINAGUA, 2011).

O problema mais crítico, neste caso, que tentaremos esclarecer na análise da entrevista com o DP selecionado, está relacionado ao silêncio das defensorias públicas em relação a intervenção dos laboratórios farmacêuticos. Estes, como mostra a literatura consultada, usam todas as estratégias para romper as barreiras que impedem o seu *marketing* de funcionar. A questão era saber, que cuidados os defensores públicos estão tendo para impedir que essas intromissões ocorram. Por exemplo, quando associações de pacientes ou grupos procuram a defensoria, os defensores investigam se eles não estão sendo financiados pelas indústrias farmacêuticas? Caso estejam, que posições tomam, se é que as tomam? Feitas essas considerações relativas ao contexto no qual o DP atuava, passa-se à análise de suas narrativas:

Entrevistador: Como que a defensoria percebe os conflitos de interesse que estão envolvidos na judicialização? Que conflitos você percebe?

Olha, o que mais nós percebemos, que chega para a gente, é a necessidade do cidadão em ter um atendimento. Atendimento que ele necessita. Pode até ter sido prestado em parte. Mas não foi prestado de forma plena, ou, mesmo que tenha sido ofertado, não

foi ofertado em tempo hábil ou de forma integral e eficiente. O maior conflito é essa necessidade, essa carência do cidadão brasileiro, que, no nosso caso específico, não tem plano de saúde, não tem condições de procurar um atendimento particular, mas que precisa e depende do atendimento do SUS, do sistema único de saúde, que realmente existe, foi pensado e criado para atendê-lo. Esse é o maior conflito que chega até nós. As pessoas buscam essas soluções, pelo menos em regra geral, buscam a nossa atividade quando já passaram por um atendimento prévio, já foram ao seu centro de saúde, já buscaram até mesmo a secretaria de saúde, já chegam com a negativa de atendimento da secretaria de saúde, o fornecimento de algum medicamento não padronizado, ou já receberam orientação dos próprios gestores e profissionais da saúde para procurar uma ajuda como a nossa, porque sabem que não há solução no sistema...O que a gente mais vê, a nossa realidade é essa. (DP, 25/04/2014)

O DP não deixa dúvida de que o único conflito de interesse com o qual ele se depara em seu cotidiano profissional é representado, de um lado, por um cidadão, cuja Constituição garante o direito à saúde, e do outro, pelo Estado, cuja lei o encarrega de oferecer saúde a todos indiscriminadamente. O conflito é protagonizado pelo cidadão em defesa de seu direito e pelo Estado, não cumpridor da lei. A linearidade da narrativa do DP é, minuciosamente, construída na medida em que descreve cada elemento que ilustra o passo-a-passo de sujeitos que buscam a Defensoria Pública como um suporte para garantirem um direito que foi negado. Deixa claro que se trata de um cidadão não pleno, pois está desprovido de condições mínimas e necessárias para a vida. O conjunto discursivo, acima apresentado, descreve várias situações que o DP precisa estar atento, pois em cada uma delas, se insere parte do papel que se espera que ele cumpra. Mesmo sem usar o termo constitucional, ele transformou, habilmente, todo o artigo 134 da Constituição, que rege a sua função, em elementos de linguagem simples e clara. De forma bastante direta ele descreve a categoria de sujeitos que o procuram. Como recurso linguístico, DP agrega, de forma enredada, todas as provações que o cidadão que busca a defensoria, já passou antes de encontrá-lo: precisou do SUS, não tem plano de saúde e nem dinheiro para pagar médico particular, foi até à secretaria de saúde, recebeu negativa de atendimento e ficou sabendo que o medicamento demandado não constava na lista oficial, por fim, o próprio funcionário do SUS encaminhou-o para a judicialização. O percurso passado e relatado pelo DP deixa entrever que a Defensoria seria a última instância, à qual os cidadãos desassistidos recorrem, com esperança de conseguir o medicamento ou o atendimento médico necessário.

Embora as observações sinalizadas em sua fala demonstrem uma série de falhas e de fragilidades que a política de saúde pública vem praticando, nos últimos anos, o DP não acrescenta nenhuma perspectiva de mudança na sua interpretação. Recuperando na análise, tudo o que se construiu em termos legais acerca do que deveria ser o papel de defensores públicos, com toda a autonomia que têm para atuar, (e da qual se orgulham em possuir), faltou dizer quais



mediações foram tentadas para evitar a judicialização. A forma como descreve os conflitos com os quais se depara é marcadamente passiva. Com o depoimento de DP, fica claro que ele aguarda que as pessoas passem por todo um calvário até chegarem por conta própria à defensoria. Retomando a fala de A2, na seção anterior, em que declara que as pessoas, na sua maioria, eram desinformadas quanto a possibilidade de recorrerem ao Ministério Público, e aqui acrescentamos à Defensoria Pública, sem precisar judicializar, pode-se dizer que tal desinformação teria a ver, também, com a inércia dos órgãos com função de mediação?

Com essa posição fica difícil para um agente que nesse processo deve atuar como mediador, conseguir avançar nas políticas públicas de saúde, sobretudo, quando está convicto de que “os gestores e os profissionais da saúde mandam procurá-lo porque sabem que o sistema não tem solução”. Indiretamente, DP disse que a ação judicial é indispensável e a que mediação não foi sequer tentada. Na sequência, questionou-se se não haveria outros conflitos de interesse além do identificado entre cidadão e Estado. A pergunta focou diretamente na atuação da indústria farmacêutica:

Entrevistador: entre os atores, vocês chegam a perceber alguma questão de laboratório, com médicos e os conflitos que estão envolvidos entre eles...

Muito se fala sobre isso, sobre essa influência que deve existir, e acredito que possa existir, dos laboratórios em face dos médicos (...). Muito se fala que o sistema estaria contaminado por isso. Isso não chega para nós diretamente. Nós não temos contato direto com esses profissionais... (DP, 25/04/2014)

DP toma uma distância muito grande do problema que está expresso em seu discurso, na forma impessoal do verbo falar que indica que o assédio dos laboratórios para pressionar a compra de medicamentos caros é algo que está muito próximo do “ouvir falar”, ou seja, algo sem concretude. Os médicos são apontados imediatamente como os únicos passíveis de influência. Mais uma vez o universo jurídico desaparece do cenário. Ainda na onda do “muito se fala”, chegou ao seu conhecimento que o “sistema pode estar contaminado” com a influência dos laboratórios. Embora a Defensoria Pública faça parte desse sistema, nada disso, no dizer de DP, chega diretamente a instituição. No seu entendimento, a contaminação dos laboratórios só chegaria aos defensores, caso estes tivessem contato direto com os profissionais que sofreram assédio. A riqueza da análise da conversação é que tudo o que é dito espontaneamente precisa ser investigado nas suas especificidades. A pergunta sobre o assédio dos laboratórios veio depois da resposta contundente do DP, ao dizer que o único conflito que ele reconhece na sua prática é entre alguém que reivindica direitos e um sistema público que não responde adequadamente.

Ao apresentarmos o segundo conflito de interesse, o DP o remete imediatamente à expressão “muito se fala” sobre o assédio. Ele, na sua condição de defensor, até acredita que exista este tipo de influência dos laboratórios, mas insiste que isso está muito longe da sua realidade. Daí o enunciado “muito se fala”, na narrativa de DP, significaria uma notícia anônima que se propaga publicamente sem comprovação, como diria a especialista em análise de discurso, Eni Orlandi (2012). Para essa autora, o uso desse enunciado prepara, de certa forma, o terreno do narrador para que possa dar sentido aos fatos e previamente construir uma realidade (ORLANDI, 2012). Dito de outra forma, DP transformou o nosso enunciado de assédio da indústria aos agentes da judicialização em um boato, que circularia como uma verdade sem confirmação, preparando, assim, a continuidade de sua narrativa na qual apresenta os sentidos que ele atribui às suas ações. Para mostrar como a Defensoria busca evitar o assédio dos laboratórios, DP apresenta as diferentes estratégias que ele e sua equipe utilizam para tentar blindar a sua integridade enquanto órgão de defesa dos direitos humanos.

DP não usa o termo estratégia, ele simplesmente descreve as ações que a defensoria desencadeia para evitar que os processos judiciais sejam contaminados por outros interesses que firam códigos civis e morais. Entretanto, cada elemento que destaca na sua narrativa para esclarecer o que fazem para evitar a contaminação das ações judiciais por interesses laboratoriais são movidos por impulsos que lembram as lógicas estratégicas propostas por François Dubet em sua obra “Sociologia da Experiência” (1994). Cada uma delas evoca o lugar que os sujeitos envolvidos na ação ocupam na sociedade e acentuam sempre as diversidades e os possíveis conflitos a serem enfrentados. Uma estratégia que adotam para evitar que outros interesses possam interferir nas ações judiciais é a adaptação no seu trabalho de um registro que inclui todos os elementos que estavam sendo exigidos pelo Conselho Nacional de Justiça para garantir a idoneidade dos processos em saúde (BRASIL, 2010b). DP descreve:

O relatório que nós organizamos engloba uma série de perguntas ao profissional que fez aquela prescrição: o ‘cid’, o histórico da doença, o que já foi tentado no tratamento daquele paciente, dados sobre o medicamento especificamente, se no caso é um medicamento ou outro insumo, qual é o princípio ativo, a finalidade dele, se é um tratamento consagrado no meio médico, se há registro na Anvisa, se aqueles substitutos ofertados pelas notas técnicas dos farmacêuticos, que em tese poderiam atender aquele caso, poderiam ser aplicáveis no novo caso, e, em caso negativo, que resposta se tem, é preciso justificar o porquê dessa não utilização; por que não é viável para aquele caso concreto, já que há uma padronização de atendimento dirigida àquele ‘cid’. Muitos informam que já foi tentado, não teve os efeitos esperados, que aquela pessoa teve reações inesperadas ao medicamento, o que quer que seja. (DP, 25/04/2014)

Um ponto importante da descrição acima é o exercício que o DP faz para apresentar o trabalho que a sua equipe na Defensoria fazia, para padronizar o relatório que será encaminhado

ao juiz, para que este possa tomar a decisão se defere ou não o fornecimento de medicamentos, procedimentos e equipamentos médicos. Criou-se um modelo que deveria ser respondido individualmente pelo médico do assistido, com informações que, teoricamente, respondiam às exigências que foram recomendadas pelo CNJ, para reduzir ao máximo as inconsistências e divergências que vem sendo praticadas nas decisões judiciais pelo país (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, a Defensoria não fazia nada de excepcional, cumpria a recomendação do CNJ. Diferentemente dos escritórios de advocacia privada, a instituição antecipa e organiza a demanda ao introduzir critérios técnicos, que os especialistas propunham como instrumentos que auxiliem o Judiciário na decisão final sobre a matéria da saúde (MACEDO; LOPES BARBERATO-FILHO, 2011; SANT'ANA *et al*, 2011). Vimos que, aos poucos, os advogados particulares se adaptam a esse modelo, embora estejam em situação diferente por estarem na base das ações judiciais. Enquanto os defensores só entram depois de terem realizado todas as negociações, mediando os litígios entre os seus assistidos e o órgão de gestão implicado na demanda. Talvez por isso, as Defensorias tenham avançado neste tipo de controle, dificultando, assim, os laboratórios farmacêuticos a interferirem indiretamente nas prescrições médicas.

Acompanhando mais de perto o relato, vê-se que o DP detalha procedimentos que não aparecem na ação dos advogados particulares. Conforme o DP declara:

Buscamos inclusive que passe pelo judiciário (...) concordando com a procedência daquele pedido, que ele determine o cumprimento da forma que ele entender mais razoável (...) Se deve ser deferido ou não, se deve ser procedente ou não o pedido, é uma decisão que não cabe a nós, cabe ao judiciário". (DP, 25/04/2014)

Esse, é um outro aspecto diferenciado da ação judicial até então analisada. A narrativa de DP esclarece na passagem, acima, que nessa fase da elaboração da ação judicial a defensoria funciona como mediadora, pois submete o processo ao Judiciário e deixa que ele aponte o que acha mais razoável, ou seja, o órgão transfere o tempo todo as decisões para outros agentes. Esta é mais uma aplicação da lógica estratégica de François Dubet (1994), pois, por meio desse procedimento, a sua ação é muito mais negociadora do que indutora de judicialização.

Na continuidade de sua narrativa, DP explicita integralmente que o uso que a defensoria tem feito das estratégias acima descritas permitem a proteção contra o assédio da indústria farmacêutica. Segundo ele:

Nós tentamos nos blindar dessa atividade irresponsável através desse relatório que é encaminhado. Agora, se o profissional assina, carimba, preenche todos os campos, justifica e dá seus elementos para que nós tenhamos a informação, realmente, pelo menos preliminar, de que aquele insumo prescrito é o único ou pelo menos o mais interessante para o tratamento do assistido, se todos esses elementos estão bem respondidos e se não houver qualquer questionamento quanto àquela prescrição, pelo menos para quem não tem conhecimento técnico como nós (...). Nós não questionaremos. Agimos de forma responsável, oportunizamos ao profissional que ele também haja de forma responsável...Se ele agiu de boa-fé ou não, eu não tenho

como saber; mas ele pôs aquilo no papel, assinou e carimbou; então, cabe a nós providenciarmos o atendimento mais qualificado ao assistido, o que nos foi apresentado, nos foi relatado por alguém que se presume competente e de boa-fé. (DP, 25/04/2014)

Esse relato nos remete ao conceito de mediação de conflitos. Este, geralmente, é associado à solução de um problema. A tendência é considerar que por meio da mediação estaremos chegando a um acordo. Não há dúvida de que essa seja uma das concepções que o termo mediação de conflitos adquiriu ao longo de sua utilização. Conseguir que os litigantes atinjam um mínimo de concordância é algo não muito simples de se obter. Mas como destacam alguns autores, este não é o único e nem mesmo o mais importante objetivo da mediação. Para que o ato mediador atinja, de fato, o seu auge é preciso que ocorra o diálogo. Este ativa dimensões psicossociais, leva à escuta do outro, desencadeia internamente uma série de estímulos que produzem desbloqueios mentais, estimula a busca de soluções para impasses que estavam encobertos, reorienta os sentidos, permite ver coisas que os bloqueios impediam de vê-las. O diálogo pressupõe uma reciprocidade de gestos que estão conectados com a cultura local, historicamente situados (MAYNART *et al*, 2014).

Na narrativa de DP é possível identificar uma outra forma que a sua equipe encontrou para mediar conflitos de interesses, sobretudo, quando entre os agentes envolvidos pode-se ter o risco de os laboratórios farmacêuticos tentarem influenciar nas negociações que a Defensoria busca fazer entre os seus assistidos e os órgãos públicos que prestam o serviço de saúde. Na realidade, embora tenha declarado imunidade em relação aos assédios industriais, DP têm consciência de que as indústrias farmacêuticas desenvolveram estratégias com base em procedimentos lógicos e científicos a cada exigência que os organismos de fiscalização como a ANVISA, por exemplo, impõem para impedir os avanços empresariais nas ações judiciais. É o próprio DP que declara que com a estratégia de se exigir um relatório com a complexidade acima apontada, pretendia-se criar uma blindagem de seu órgão em relação àquilo que ele considera como uma atividade irresponsável de alguns profissionais médicos. No fundo, o relatório funciona como um mediador institucional que deve provocar um diálogo entre os assistidos, o serviço público não condizente e os médicos responsáveis pelas prescrições que, na concepção do DP, são os que estão mais vulneráveis ao assédio dos laboratórios farmacêuticos.

A forma como a estratégia está sendo aplicada pode não resolver o problema do assédio das indústrias para inserção de novos medicamentos que tem gerado, com certa facilidade, ações judiciais. Mas, a nosso ver, o caráter processual inserido no seu funcionamento, tal qual DP descreve em sua narrativa, se de fato estiver sendo realizado com o detalhamento previsto

e requerido por seus idealizadores, possivelmente poderá vir a ser um instrumento eficaz para dificultar ações judiciais equivocadas e desnecessárias. Isto não significa dizer que os laboratórios não estejam acompanhando também esse mesmo percurso. Possivelmente, estarão com suas equipes de pesquisas produzindo estratégias alternativas para quebrar a blindagem que, segundo DP, conseguiram fazer na Defensoria. Mas é preciso ressaltar, na narrativa acima, que embora se deixe claro que os enunciados que marcam a nova forma de proceder, estejam pautados por critérios que têm sido propostos pelos especialistas, com foco na medicina baseada em evidências, não dá para desconhecer o seguinte ponto: o princípio ético e moral, exigido nas práticas profissionais que estão envolvidas em ações judiciais, que a Defensoria incorporou como um procedimento a ser seguido por seus profissionais na defesa da saúde pública. Continuará, sim, a atender os cuidados da saúde dos mais pobres, a maioria nacional, sem, contudo, abandonar o respeito pela ética e pelo comportamento moral.

A proposta de blindagem apresentada por DP quebra integralmente a lógica das prescrições médicas, tais como essas eram feitas nos consultórios particulares, nos quais o médico, quase sempre, cuida de seus pacientes sem precisar dar explicações a ninguém, a não ser para o sujeito sob seus cuidados. O relatório instituído exige uma prescrição na qual o seu autor, seja médico ou outro profissional de saúde, é obrigado a esclarecer ao órgão público que fornecerá o medicamento ou o tratamento para o seu paciente com base em evidências científicas, em seu conhecimento acerca daquilo que já existe à disposição nas farmácias públicas. Exige, ainda, que os profissionais conheçam tecnicamente, de forma pormenorizada, o que estão prescrevendo e saber se já não existe nas listas oficiais, o que o paciente necessita. Se essa proposta conseguir firmar-se como um modelo de prescrição para ser analisado antes das ações judiciais, possivelmente será algo mais do que apenas um controlador do assédio dos laboratórios. Também carrega nas suas formulações mudanças tanto nas políticas de gestão quanto na formação de profissionais, que precisarão mostrar habilidades para responder às novas exigências. De certa forma, DP apresentou até aqui algo que só seria conhecido nesta perspectiva qualitativa que adotamos por se tratar de conteúdos que dependem da experiência pessoal e profissional e, ainda de uma certa leitura sobre ações desencadeadas. A atuação e participação em seminários e comitês regionais e nacionais possivelmente fornecem parte dos argumentos utilizados na entrevista, para expressar uma posição muito diferenciada, de um agente que tem de negociar o tempo todo com gestores das três instâncias e com isso aprendeu formas de tratar com essas diferenças, trazendo novos elementos para se compreender o significado que o termo mediação tem no atual contexto.

Ao lhe ser perguntado se nos fóruns nos quais participou, inclusive como palestrante, se a questão do assédio dos laboratórios era discutida. O DP responde positivamente, informando que “em alguns eventos há essa discussão e, no Comitê de Saúde<sup>30</sup> esse tema tem sido discutido”. Mas, complementou que isso não tem sido suficiente. A insistência do entrevistador sobre o tema interferência dos laboratórios na judicialização, leva o DP a reforçar a sua crença de que a mesma exista. Talvez o mais importante nessa sua expressão seja a separação que DP faz dos poderes.

Nós percebemos é que há uma atividade, ou há uma atividade pequena das autoridades responsáveis para fiscalizar isso, ou então, essa atividade é reduzida, porque, os casos concretos são pouco noticiados, ninguém nos traz informações assim, pelo menos de forma costumeira, que tenha havido uma sanção a um laboratório xis ou ípsilon, uma punição porque é uma atividade indevida... (DP, 25/04/2014)

No seu enunciado fica evidente que o poder constituído que teria o papel de bloquear a intervenção da indústria e o seu papel no aumento das ações judiciais em saúde. DP destaca, a partir de seu olhar de advogado administrativo, pontos de fragilidade que podem afetar as atividades da Defensoria Pública pela ausência de informações sobre laboratórios que foram punidos ou investigados, por induzirem o consumo de medicamentos sem registro na ANVISA por meio das ações judiciais<sup>31</sup>.

Além desses episódios que tratam de ações que ocorrem em outro âmbito, DP destaca os cartéis possíveis de acontecer entre as grandes empresas ao dividir o mercado:

E pode acontecer dos laboratórios combinarem entre si que no mercado brasileiro, um vai atuar e no mercado argentino, por exemplo, um outro atuar, e aí procurar lá os órgãos responsáveis lá para fazerem os registros nos moldes que aquele país determina. Aí ficamos nas mãos desse poder econômico fortíssimo, que, na minha opinião, tinha que ser controlado pelos órgãos executivos, dentre eles a própria Anvisa, pelo CADE, que é um órgão maior de controle do poder econômico. (DP, 25/04/2014)

A crítica à ANVISA e ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) se refere à falta de controle sobre o poder econômico externo. Isso fica mais claro quando, DP destaca os pontos que, em sua opinião, permanecem incontroláveis:

Acho que isso é mais preocupante, essa inatividade da Anvisa, para o controle disso, ou a não atuação de ofício para registro das substâncias para as finalidades diversas que elas possam atender, também isso é muito prejudicial, na minha opinião, é o mais relevante que tem que ser pensado nesse momento, como forma de controlar inclusive esses outros profissionais menores, que sejam médicos, que sejam outros, que façam isso por lobby a laboratórios, não tenham mais, talvez, condições de fazê-lo; acredito

<sup>30</sup> Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais. Criado a partir da Recomendação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde e tem por objetivo monitorar ações judiciais e propor medidas concretas para otimizar rotinas processuais. Endereço eletrônico: <http://www.comitesaudemg.com.br/www/sobre-o-comite/>

<sup>31</sup> Criança consegue judicialmente fornecimento de remédio de alto custo. <http://dpu.jusbrasil.com.br/noticias/100673543/crianca-consegue-judicialmente-fornecimento-de-remedio-de-alto-custo>.

eu que seja mais interessante trabalhar, nesse aspecto, maior, para evitar o problema de forma geral. (DP, 25/04/2014)

Lendo o papel de autoridades estatais na perspectiva da lógica da ação, DP expressa claramente a fragilidade das autoridades responsáveis para fiscalizar essa situação. Nesse momento, DP assume com precisão o papel de advocacia administrativa. É nesse contexto que ele expressava a sua percepção acerca das coisas que faltavam para dar consistência ao processo de mediação.

Finalizando o quadro de entrevista com um Defensor Público de Minas Gerais, vale registrar que os dados que emergiram na narrativa de nosso entrevistado deixaram claro que essa é uma área que precisa ser melhor investigada, sobretudo, nesse campo, no qual a atuação do defensor público ganha diferentes conotações. DP insiste que os defensores não são advogados. Usamos sua fala para conservar o sentido que ele pretendia nos dar:

Quero deixar bem claro, nós não nos consideramos advogados e sim defensores públicos – para os advogados é muito interessante a postulação, porque eles podem vir a receber os honorários de incumbência, através dela; e pra gente, os defensores públicos, não é significativo, nós não recebemos honorários, há até a possibilidade que os honorários sejam convertidos a um fundo, para aparelhamento da defensoria...Mas para o defensor público isso não tem qualquer acréscimo financeiro. Então, a nossa postulação não tem por que não ser a mais bem orientada possível. O que a gente quer ter é informação, informação dos setores públicos, para podermos postular de forma correta, e quando for necessário postular, e para não postular quando houver outra solução. (DP, 25/04/2014)

Com base nesse discurso, após inúmeras leituras de seu conteúdo, começamos a desvendar em cada passagem caminhos que nos levaram a conhecer aspectos muito específicos do trabalho dos defensores. Um ponto que se repete em diferentes partes de seu discurso é a reivindicação constante de mais informações dos setores públicos sobre como estes estão conduzindo as ações judiciais da saúde. A informação se apresenta para os defensores como a matéria prima que necessitam para postular, ou seja, para continuar exigindo a garantia do direito à saúde. E como fica o impacto orçamentário na saúde quando aumentam as ações judiciais? DP responde o seguinte:

Só há choque se essa decisão judicial for cumprida de forma ineficiente e irresponsável. Porque, quando nós pleiteamos, nós não pleiteamos em momento algum que haja a não assistência de alguém que nós estamos assistindo. A gente pleiteia que haja assistência daquele autor que nós representamos, primeiramente no âmbito público, e se não for possível, no âmbito particular, com o custeio, evidentemente, pelo setor público. Agora, as verbas que serão utilizadas não são essas verbas que podem ultrapassar esse gasto inicialmente pensado, não são verbas da saúde. Se eu tivesse de sugerir de onde sair a verba, eu queria que fossem utilizadas verbas de gabinete, verbas voltadas à publicidade...ou seja, se for necessário o sequestro judicial...que se faça de uma verba não dedicada para uma finalidade maior, a educação, segurança pública, saúde. Mas sim de um outro fim que pode ser meramente, inclusive eleitoreiro. (DP, 25/04/2014)

Percebe-se na fala de DP que em sua percepção, o fazer cumprir da decisão judicial em saúde deveria ultrapassar as fronteiras do orçamento da saúde, nesse sentido o defensor critica inclusive, as escolhas do Executivo na alocação de recursos públicos e de certa maneira propõe formas de cumprimento da decisão sem prejudicar o financiamento da saúde. Finaliza-se assim, a análise das entrevistas com os representantes jurídicos. Passa-se, a seguir, à análise do recorte da gestão e do Ministério Público no contexto da judicialização da saúde.

#### **4.3 Promotoria Pública no contexto da Judicialização da Saúde**

No projeto inicial, estava prevista uma análise conjunta da Promotoria e da Defensoria Pública, uma vez que ambas, nos processos analisados, compunham também as ações judiciais relativas às demandas por medicamentos, na condição de representantes jurídicos públicos. A ideia era comparar as lógicas de cada um desses agentes quando atuavam neste tipo de ação judicial e o olhar que tinham a respeito da interferência dos laboratórios farmacêuticos nesse universo. No entanto, houve uma mudança de perspectiva que foi motivada pelas categorias que emergiram na fala do promotor de justiça, no momento da entrevista. Ao reagir às nossas perguntas, ele se orientava por um universo conceitual completamente diferente daquele que, em geral, as teorias que iluminam a ação tradicional dos Promotores de Justiça costumam pautar. As questões foram sendo readaptadas, tendo em vista as práticas concretas que o entrevistado explicitava à medida que descrevia as suas ações no Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO Saúde)<sup>32</sup>. Identificamos o promotor para efeito de sigilo pela sigla PJ. Ao ser interrogado como esse órgão trata a questão das ações que ampliavam o número de processos judiciais contra o Estado, ele nos deu a seguinte resposta:

O CAO –Saúde faz um atendimento diário através de analistas, bacharéis em direito, e analistas em saúde pública. Para cada um dos colegas (promotores públicos) que necessitam de uma orientação institucional. Então, nós temos percebido um crescimento (de ações judiciais) que não é o ideal ainda. Isto porque o promotor, assim como o juiz, goza de independência e autonomia funcional. Mas pela credibilidade, pela orientação institucional, cada vez mais, nós temos conscientizado os colegas para que a judicialização seja a última alternativa. (PJ, 13/10/2014)

---

<sup>32</sup> O Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-SAUDE), criado pela Resolução da Procuradoria-Geral de Justiça nº 100, de 18 de outubro de 2002, é órgão auxiliar da atividade funcional do Ministério Público na área de fiscalização do Sistema Único de Saúde-SUS, dirigido por membro do Ministério Público designado Coordenador pelo Procurador-Geral de Justiça, entre os Procuradores de Justiça e Promotores de Justiça da mais elevada entrância, com exercício em todo o Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://aplicacao.mpmg.mp.br/ouvidoria/cidadao/aceso.do?idOuvidoria=15>. Acesso em: 14 de janeiro de 2017.



Como se pode ver, a ação do CAO-Saúde transcorre no interior das Promotorias Públicas de Defesa da Saúde, trata-se de assessorias e consultorias dadas a esses promotores de justiça no sentido de evitarem ao máximo a ação judicial. Reconhece, entretanto, que a proposta do CAO-Saúde ainda não era a ideal para reduzir as ações judiciais, pois admite que, mesmo com os aconselhamentos a esses agentes da promotoria, não se pode esquecer que os promotores são independentes nas suas ações. Na sequência desse enunciado, PJ introduziu outra informação que mostrava suas funções ampliadas por meio de atuações diretas com profissionais de saúde e gestores públicos, como se pode depreender da seguinte fala:

Nós temos um padrão de orientação institucional, em que o colega inclusive, já tem o modelo aí de um ofício, que eles pedem para o secretário municipal de saúde, ou para um médico, para que ele preencha na linha daquilo que a gente está construindo, de enunciados no Brasil, na Primeira Jornada de Direito e Saúde... (PJ, 13/10/2014)

A atuação do CAO-Saúde é reconhecida por pesquisadores da judicialização da saúde:

No Estado de Minas Gerais, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde percorre regiões do estado realizando reuniões de conciliação entre usuários e gestores, além de tratar de temas específicos, como saúde prisional, incorporação tecnológica e outros. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 511)

Com base nessa referência a enunciados que, segundo ele, estavam sendo produzidos para orientar o direito à saúde, buscou-se aprofundar quem ou o que estaria sendo o alvo dessas preocupações. Ele sintetizou da seguinte maneira:

Nós não somos um órgão de atuação finalística, mas um órgão da orientação institucional, e temos a missão de estar uniformizando a atuação do Ministério Público com a atuação da defesa da saúde. Então, a nossa atuação, ela se torna muito forte, porque nós fazemos uma articulação permanente com os principais atores jurídicos ou não, que atuam nessa área de defesa da saúde ou do direito à saúde, tais como a Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde, conselhos, prestadores, conselhos de autarquias, representativos de classe.... Então, essa atuação se torna mais fortalecida em razão desse aspecto. A gente constrói o que a gente denomina de agendas positivas. Então nós temos várias agendas positivas, como notas técnicas, pareceres técnicos jurídicos, pareceres técnico-científicos, pareceres técnico-médicos.... Tudo isso disponibilizado na nossa página, fruto de uma articulação para que a gente chegue ao mérito desses processos. (PJ, 13/10/2014)

Seguindo a lógica da proposta de PJ, entendíamos que a sua atuação se voltava essencialmente para os órgãos que estavam na ponta, ou seja, em instituições que se ocupam da atividade finalística, do atendimento à saúde. A gestão era, portanto, o elemento central que orientava a fala de PJ e não a atuação específica como promotor de justiça. Por esta razão, decidimos trazê-lo para esta seção, na qual se buscou analisar a ação do gestor público da saúde e posicionamento acerca da judicialização em Estado de Minas.

Na narrativa formulada por PJ, existem alguns aspectos que mostram como a judicialização trouxe um componente novo, o qual exigia do Ministério Público, naquele momento, um outro olhar sobre as demandas de ações por medicamentos.

Em 2009 (...), o número da judicialização, não só em Minas, mas também no país, principalmente no que estamos falando agora sobre a judicialização da assistência farmacêutica, era até então um número inexpressivo, mas houve um boom. (PJ, 13/10/2014)

Retomando a data à qual PJ se refere como o ponto de transformação no qual ele reconhece que a partir daí houve aumento no número de ações judiciais, encontra-se a Audiência Pública N° 4 sobre o Sistema Único de Saúde, a qual foi convocada pelo ministro do STF, Gilmar Mendes, para esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde, em abril de 2009 que teve grandes repercussões (SANTOS; DELDUQUE; MENDONÇA, 2015). PJ considerava que essa explosão de ações judiciais na busca por medicamentos teve efeitos positivos e negativos, os quais ele explica da seguinte maneira:

Não podemos deixar de ver um aspecto positivo que é o incremento da cidadania e do reconhecimento de que as políticas públicas de saúde deveriam ter maior celeridade na sua construção, para que nós não precisássemos tencionar o processo com a judicialização. Esse aspecto positivo despertou nos gestores a necessidade de estarem permanentemente construindo dia-dia essas políticas públicas. Por outro lado, temos, também, grandes aspectos negativos nesse incremento, porque reconhecemos que a grande maioria da população não está sendo atingida com o acesso ao judiciário, sobretudo, a população mais vulnerável, mais hipercarente do sistema; que se agrava num Estado como o de Minas Gerais, com diferenças socioeconômicas gritantes, uma geografia desfragmentada, descompensada, e os acessos a esses serviços por vezes com muita dificuldade ou insuficiência. (PJ, 13/10/2014)

O incremento da cidadania observado no início da fala, que explicaria as razões que levam ao aumento de ações judiciais, está vinculado ao que PJ identifica como acréscimo da conscientização da população. Os cidadãos estariam cada vez mais atentos às morosidades do SUS para responder às demandas dos pacientes. Entretanto, do lado negativo, ele destaca um outro problema que é gerado na era da judicialização, pois para alcançar este tipo de ação judicial é preciso que todos os cidadãos tenham acesso ao meio que viabiliza essas ações, o Judiciário. Os mais vulneráveis são aqueles que não tem acesso fácil a esse mundo. Criam-se, assim, outros níveis de desigualdade no qual o acesso à justiça passa a ser o elemento determinante nesse processo (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; VIEIRA, 2008).

Sem perder o foco na gestão pública da assistência farmacêutica, buscamos entender como PJ via a questão da mediação entre os diferentes agentes para evitar as demandas judiciais. A mediação é um procedimento previsto como ação do Ministério Público em suas diversas promotorias. Entretanto, pelo que se pode interpretar das narrativas de PJ, a proposta que vinha sendo desenvolvida pelo CAO-Saúde sobre o tema, sai da interpretação de que a mediação seria um procedimento que ocorre apenas quando o conflito tenha se instalado. Em alguns enunciados, PJ mostra como os membros e assessores do CAO-Saúde faziam contato com as

gestões municipais em busca de solucionar possíveis lacunas assistenciais que poderiam provocar esse tipo de constrangimento. Entre as formas de mediação apresentadas em sua narrativa, PJ descreve que tenta antecipar problemas na prática, com consultas aos gestores locais sobre as regras a serem seguidas. Sobre isso, a pergunta que lançamos a ele buscava esclarecer que tipo de questões sua equipe colocava, no que tange à assistência farmacêutica. As estratégias são múltiplas como se pode constatar no trecho abaixo:

Sim, nós mandamos como orientação institucional para todos os promotores em Minas Gerais. Não é só um ofício circular, mas, sim, um parecer técnico nosso, no sentido de eles estarem recomendando e induzindo os municípios na integração ao Sigaf, que é o Sistema de Informação e Gestão da Assistência Farmacêutica de Minas Gerais (...) por entender que, numa lógica de planejamento qualificado, o gestor tem que ter, vamos assim dizer, regulação sobre a sua assistência farmacêutica. (PJ, 13/10/2014)

PJ recupera uma ideia projetada em 2009 na qual a gestão pública em Minas Gerais cria um sistema<sup>33</sup> que tinha como objetivo gerenciar a assistência farmacêutica, proporcionando também a produção de dados farmacoepidemiológicos, econômicos e sociais provenientes da identificação de usuários relacionados aos serviços farmacêuticos prestados. Imaginava-se que com esse instrumento seria possível planejar a assistência farmacêutica de forma a se ter controle de estoques, preços praticados, quantidade de usuários atendidos, com descrição de suas condições clínicas e medicamentos dispensados. O PJ, em seu enunciado acima, entendia que o uso dessa ferramenta se bem controlada pelos gestores públicos proporcionaria um planejamento qualificado que, segundo ele, seria uma forma de gerir a assistência farmacêutica também nos municípios. Sobre isso, PJ diz:

O Sigaf nos permite isso, esse olhar de controle de estoque, de uma dispensação com a segurança e o cuidado necessário com a presença do farmacêutico, principalmente se tratando de Farmácia de Minas, que é um outro problema que se tem aqui. Nós temos no Estado, mas não tem contrapartida para o município, salvo a doação de um terreno e a contratação do servidor farmacêutico, com a sua remuneração, mas ela é complementada pela secretaria estadual (...). Então nós fizemos esse ofício circular e os colegas atuaram. Então, hoje, salvo engano, todos os municípios de Minas Gerais estão com uma adesão ao Sigaf, em uma lógica de mediação; para que nós possamos estar fazendo esse controle de estoque, para que possamos estar agora numa nova plataforma do Sigaf, foi um pedido nosso, para também estar fazendo monitoramento da própria demanda. Ou seja, se ela foi judicializada ou se não foi; se a ação é por ordem judicial ou se não é; se esse ator é promotor ou defensor ou é advogado.... Isso tudo é o Sigaf, está sendo feito agora. (PJ, 13/10/2014)

PJ descreve com detalhes procedimentos que o CAO–Saúde buscava adotar para convencer as gestões públicas, sobretudo, nos municípios mineiros, de que com esse

---

<sup>33</sup> O SIGAF é o software que auxilia na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado de Minas Gerais. Disponibilizado para utilização no ano de 2009, vem, desde então, aperfeiçoando-se de modo a permitir o gerenciamento das ações referentes à Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/352-sistema-integrado-de-gerenciamento-da-assistencia-farmacautica-sigaf>. Acesso em 3 de dezembro de 2016.

instrumento seria possível prever, com antecedência, a falta de medicamentos que poderiam em casos prolongados gerar ações judiciais. Na sua narrativa, PJ deixa claro que todas essas orientações têm sido executadas por seus pares (promotores de Minas Gerais). Mesmo correndo o risco de poder se enganar, PJ afirma que, após essa ação nas comarcas teria levado “todos os municípios de Minas Gerais aderirem ao SIGAF”<sup>34</sup>. Em adição ao que já foi dito anteriormente, PJ entendia que seu papel era se antecipar aos problemas que levam à judicialização e buscar solucioná-lo antes que a ação judicial ocorra. Diante dessa posição, buscamos saber do promotor como ficariam os casos em que a gestão pública não implanta a política de saúde prevista. Perguntamos com base no artigo 2º da Resolução PGJ Nº 78, de 18 de setembro de 2012 (MINAS GERAIS, 2012), a qual criou a ação de mediação sanitária, e destaca que nos casos de uma política não estar implementada a ação judicial seria necessária. Como o CAO-Saúde avaliaria isso?

Nós percebemos, não só em Minas, mas a gente percebe em todo o Brasil, na área da assistência farmacêutica (...) muita judicialização desnecessária, porque às vezes o que está se judicializando, seja o produto ou o procedimento, o insumo ou o medicamento, já está no sistema, não tem que judicializar uma coisa que já está no sistema. (PJ, 13/10/2014)

PJ reconhece que o desconhecimento da existência de produtos já à disposição nos serviços públicos pode ser motivo de judicialização, a qual classifica como desnecessária. São nesses casos que o CAO-Saúde deveria atuar. Segundo ele:

Uma atuação mais resolutiva, para que o gestor possa administrativamente dispensar isso (...) vale um fax com uma recomendação, um ofício.... Valem várias formas de atuação por parte do colega, que é a mais célere, para evitar a judicialização. (PJ, 13/10/2014)

A posição de PJ reforça mais uma vez que a mediação não precisa que o conflito se instale. O enunciado acima sugere que o promotor, por sua ação ser mais célere do que a do gestor, poderia fazer contato direto e tentar mediar uma solução administrativa. Estudo de Oliveira, Andrade e Milagres (2015) mostrou que o Ministério Público de Minas Gerais priorizava instrumentos de atuação extrajudicial e tem a judicialização como medida de exceção. Destacou-se no referido trabalho, que a atuação extrajudicial se mostrava mais adequada que a judicial diante da complexidade do direito à saúde e das políticas de saúde.

PJ assenta essa proposição distinguindo dois tipos de judicialização: refletida e reflexiva<sup>35</sup>. Esta última é para ele um viés: “judicializar por judicializar”. Com essa posição, PJ

<sup>34</sup> De acordo com dados da Secretaria de Estado de Saúde todos os 853 municípios de Minas Gerais registraram dispensações no SIGAF, contudo, apenas medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é comum a todos. O controle de estoque na maioria dos municípios não é feito pelo SIGAF.

<sup>35</sup> De acordo com o Promotor de Justiça (PJ) entrevistado existem dois tipos de judicialização. Uma denominada reflexiva judicializar por judicializar, judicializar para que os problemas, não fiquem no Ministério Público, por

reverte a lógica que os médicos e os advogados apresentaram em suas narrativas. Para ele, alguns colegas promotores deixariam o processo acontecer para fugir do problema que se apresenta e com a judicialização transfere-se ao Judiciário:

(...) para que os problemas (...) não fiquem comigo, eu transfiro para o judiciário, (...). Então, foi por isso que nós (CAO) fomos construindo uma judicialização refletida (...) convencendo diferentes atores, como a própria Secretaria de Estado de Saúde, a entender que a disponibilização de informações é fundamental nessa matemática. E aí começamos então a ter acesso a SUSfácil<sup>36</sup> hoje nós temos login e senha para acesso a SUSfácil para que a gente possa decidir se judicializa ou não, até para verificar se as medidas que vem sendo tomadas pelo médico coordenador da regulação assistencial são suficientes ou não para visar ao acesso do usuário a um leito.... Tudo isso o promotor vê, chat, ele conversa com hospital... ou seja, é fiscalizando mesmo a execução dessa política em tempo real, através de acesso às informações (...). Então eu acredito que é nesse viés que a gente vai evitando, ou a gente pode reduzir ou evitar a judicialização desnecessária; com informações em tempo real, com informações técnicas adequadas o suficiente, para subsidiar a decisão a ser tomada pelo colega, de ele mesmo dispor 'não vou judicializar ou vou judicializar' se ele o fizer, será bem refletida a judicialização dele, a razão dos indicadores. (PJ, 13/10/2014)

Um dos pontos a serem destacados nessa narrativa é a avaliação que PJ faz sobre o papel do gestor público nesse processo. A ação judicial aparece como um produto da transferência do problema da falta de medicamento, tratamento ou serviço de saúde garantido pela legislação, da gestão pública para o poder Judiciário. A estratégia que o CAO-Saúde defende junto aos gestores é a de que faça uso de informações compartilhadas, as quais já estão armazenadas e disponíveis para todos que atuam no SUS em Minas Gerais. O segundo exemplo que PJ utiliza para mostrar como a informação poderia reduzir as ações judiciais é do SUSfácil que mostra a disponibilidade de leitos hospitalares. A informação poderia funcionar como uma ferramenta de fiscalização. A hipótese de PJ é que, por meio de “informações em tempo real e tecnicamente adequadas” se conseguiria dar subsídios a tomadas de decisão quanto ao ajuizamento ou não de uma ação judicial.

Embora tenha buscado esclarecer as razões que levava o CAO-Saúde a insistir no processo administrativo, ainda não estava claro se as Promotorias de Defesa da Saúde tinham a

---

exemplo, e sejam transferidos para o Judiciário. A judicialização refletida aconteceria após a busca de informações técnicas em tempo real, junto a gestão pública da saúde, com acesso aos sistemas de informação em saúde pelo Ministério Público para subsidiar a decisão a ser tomada por judicializar ou não, tendo em vista os indicadores que obteve do SUS.

<sup>36</sup> O SUSfácil é um software de regulação assistencial regional que foi desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Qualidade & Gestão Pública e voltado para o aprimoramento da atuação da Secretaria de Estado da Saúde, no que diz respeito às suas atividades de regulação. O sistema integra os serviços de regulação das macrorregiões de saúde do estado, tem o objetivo de agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e as unidades hospitalares na busca ativa de leitos para pacientes que precisam de internação. O sistema funciona sete dias por semana, 24 horas por dia. Os hospitais solicitantes enviam, através do sistema informatizado, os laudos dos pacientes com informações de diagnóstico e evoluções clínicas. A partir desses dados, os médicos reguladores avaliam cada caso e fazem a busca pelo leito hospitalar mais adequado para cada paciente, visando sempre a unidade com melhor capacidade técnica e profissional para o atendimento e à proximidade com a origem do pedido.

ideia de que a judicialização, em si, poderia impedir a implantação de uma política mais abrangente. Perguntamos se esse era o entendimento. PJ avança em seus argumentos, com uma visão diferente da apontada pelo entrevistador, mas ainda com importantes ressalvas quanto a judicialização:

Não, é porque a judicialização, além de ser onerosa, ela é burocrática; se você não consegue a tutela, a liminar, ela vai arrastar-se por um bom tempo no judiciário, e pode até ser que lá no final a gente não tenha, e aí quando eu falo a gente, eu me refiro ao sistema, não tenha uma decisão (...) que seja mais qualificada do ponto de vista de reestruturação do sistema. Nem sempre essa decisão reestrutura o sistema. (PJ, 13/10/2014)

Em sua argumentação PJ descreve sinteticamente sua percepção acerca da judicialização: onerosa e burocrática. A seguir, ele detalha os meandros de um processo que pode se arrastar por longo período de tempo. Não há garantia de que essa demora seja o tempo de amadurecimento de uma decisão. Na sua visão acreditou-se que a estruturação do sistema de saúde dependia da qualidade das decisões tomadas pelo Judiciário:

Há muito de positivo numa judicialização quando se permite ao judiciário, pela recorrência, estar formando o seu convencimento por meio da jurisprudência, daquilo que deve ou não ser acertado pelo sistema; como por exemplo, incorporação de novas tecnologias, etc. (PJ, 13/10/2014)

PJ introduz, na narrativa, uma sequência de procedimentos que o judiciário adota para tomadas de decisão. Segundo ele, a recorrência de ações judiciais levaria o judiciário a fazer uso do conjunto de decisões que já foram tomadas por outros juízes ao interpretarem as leis e aplicar a novos casos concretos com melhores decisões. Ele está dizendo que no atual contexto é fundamental que o Judiciário faça uso constante da jurisprudência, ou seja, da interpretação de casos de forma a verificar se existiria a possibilidade de decidir não apenas em termos individuais, mas também, coletivamente. Com essa proposta de incentivar o judiciário a explorar diferentes interpretações já dadas a outros casos de judicialização, apesar de entender que o Brasil já criou uma instância competente para identificar essas situações com argumentos técnicos que poderão contribuir mais:

Eu acho que não é o caminho mais razoável. Para isso, a gente tem a Conitec, que é a comissão nacional de incorporação e tecnologia do SUS. E para isso nós estamos criando outras estratégias que a gente pretende produzir com a nota técnica da assistência farmacêutica, que nós pretendemos produzir recentemente, que penso eu, também vai ser mais uma opção de se permitir enxergar a recorrência daquilo que não está, vamos dizer assim, no padronizado, para que o sistema possa se adequar. (PJ, 13/10/2014)

Um aspecto da narrativa acima reduz a ação não só do Ministério Público, mas, também indiretamente, a de setores da gestão pública, quando PJ sustenta como medida para fazer frente a inúmeras estratégias que têm sido usadas para aumentar as ações judiciais, as notas técnicas.

Estas são apresentadas por ele como uma espécie de elixir que em si resolveria a situação de crescimento das ações judiciais ao se constituir como guia para orientar gestores públicos.

Diante dessa resposta foi feita a ele a seguinte questão:

Entrevistador: O Sr. situou alguns modos de atuação do CAO-Saúde, falou de diretrizes e resoluções criadas pelo CAO, e aí? Secretaria Estadual de Saúde e as Municipais têm se orientado com isso?

Não só diretrizes como plano de ação. Se você pega uma macro oeste por exemplo, que tem hoje um milhão e duzentos mil habitantes, aí, em razão da escassez de lei de especializados, e a grande possibilidade de dano a saúde ou a vida do próprio usuário, ela entrou com uma ação coletiva de qualificar o vaga zero (...) Houve uma decisão judicial e essa compra privada a médio prazo demonstrou que nós estávamos comprando para o mercado, e o preço pago com essa judicialização dava para que nós pudéssemos construir os diferentes equipamentos de UTI na região. (PJ, 13/10/2014)

Entrevistador: É interessante esse dado que o senhor menciona, porque, o último dado divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde demonstrou que o gasto com a judicialização da assistência farmacêutica foi superior ao gasto do componente básico em Minas Gerais. A judicialização superou um componente de assistência. Assim, hoje eu poderia talvez dizer: não seria culpa do Ministério Público ou da defensoria, esse volume ainda grande que existe, é movido pelos advogados particulares?

Talvez não seja nem o volume de quantidade de ações, por isso que é interessante esse dado ser pesquisado por você. Eu acho que quantitativamente o número de ações não tende ou não se mostra (...) tão crescente assim; mas o valor ou os custos dos procedimentos nessa judicialização, esse sim é alto. E nem sempre são judicializações do ponto de vista coletivo que é outra crítica que eu faço. Nem sempre nós temos uma resposta adequada ou necessária do judiciário na judicialização coletiva. Este tende a dar uma resposta mais rápida na judicialização do individual. A gente percebe isso também. Então eu acho que esse volume, ele tem a ver muito com o alto custo. E a gente percebe que, realmente, o alto custo tem superado em muito o custo gasto com os medicamentos da atenção básica. (PJ, 13/10/2014)

O exemplo dado por PJ cria a sensação de que estariam sendo encontradas soluções para reduzir as ações judiciais. Contudo, as ações judiciais continuam a crescer em todo o Brasil (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016).

O fato de se ter essa entrada no Estado com a presença da promotoria em todas as regiões de Minas Gerais, não significa que existiu e ainda exista uma incorporação plena dos procedimentos de mediação pelos gestores municipais nem pelo estadual. Aliás, é aqui que talvez resida a maior dificuldade para se atingir a resposta satisfatória à continuidade de procedimentos previstos pelo CAO-Saúde. Mas a questão que buscávamos aprofundar com o PJ tinha uma outra direção. A nossa referência estava no alerta que Delduque e Castro (2015) faziam sobre o suposto sucesso das ações de mediação sanitária:

Mas, embora rendendo frutos extraordinários, a Mediação desses conflitos mantém-se fora do sistema da saúde. No entanto, os conflitos são do sistema e devem ser solucionados pelo próprio sistema. Assim, é preciso que se descreva o que vem a ser a Mediação Sanitária. (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 511)

Em todo caso, o CAO, pelo que tudo indica, agregava esse tema à sua agenda, mas de forma parcial. Quando os autores acima falam da não participação do sistema temos que levar em conta que os gestores em saúde tanto no município quanto nos estados, se alternam frequentemente por questões políticas, o que gera descontinuidade das ações e falta de profissionalismo na gestão. Uma gestão deixa muitas ações já iniciadas e esta por questões legais terá que continuar, mas a continuidade pode ser prejudicada pela falta de capacidade técnica dos novos ocupantes dos cargos (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Esta alternância tem impacto direto nas questões que tratamos na judicialização. Nessa relação, o Ministério Público é um órgão que permanece e, portanto, sua atuação pode ser diferente, mais contínua. Na sequência de seus argumentos, PJ mostra possíveis caminhos para resolver esse tipo de problema descrito, ele exemplifica com o SIGAF para corrigir os gargalos entre uma gestão e outra no que tange a assistência farmacêutica:

O sistema está avançando através do Sigaf. A gente já pautou isso junto a SES, de forma oficializada, de um monitoramento da qualidade desses gastos, para que possa haver ressarcimento entre os entes. Hoje nós não temos nem no Brasil um banco de dados que possa permitir esse ressarcimento entre os entes.... Agora, eu acho, também, igual nós conversávamos a pouco, que esse volume é preciso discutir também a sua origem. A maioria deles nasce não da própria política pública ou do profissional do SUS na sua base, mas, sim, de prescrições por pessoas com melhor esclarecimento e melhor acesso à advocacia administrativa, para que ela possa, fora de um fluxo, estar demandando, juridicamente ou judicialmente, como um direito subjetivo público seu, que ela pensa existir. (PJ, 13/10/2014)

Os argumentos traçados acima por PJ acabam, na verdade, ressaltando as dificuldades levantadas sobre a descontinuidade que ocorre na gestão pública a cada mudança política, vinculada à chegada de uma nova administração. Na prática, o ressarcimento entre os entes é negociado, na maioria das vezes, com outros gestores que deixaram o cargo e nem sempre isso é discutido com a mesma amplitude que foi tratada quando as mediações estavam sendo feitas. PJ isenta parcialmente o poder público da responsabilidade no aumento do volume de recursos despendidos. Considera que era preciso discutir a origem desse aumento, embora já tivesse formulado nos seus argumentos que são as prescrições que são concedidas a pessoas com maiores condições de informações e de acesso à advocacia administrativa para reivindicar um direito subjetivo à saúde, como aponta a literatura (VENTURA *et al*, 2010). Essa posição, de certa forma, traz uma vertente mais crítica que nem sempre é levada em consideração por vários agentes que estão envolvidos nas ações judiciais, como vimos anteriormente, com os médicos e os advogados particulares. Mas isso é tema que não estava resolvido na concepção de PJ:

(...) isso para mim não está pacificado. Eu acho que ainda é controverso eu admitir de uma forma universalizada a existência desse direito público subjetivo, ou seja, uma dimensão subjetiva do individual, a todo e qualquer equipamento de saúde, acho que não é o espírito da profissão, a gente está em fase de maturação desse raciocínio



jurídico (...) Isso agrava muito o sistema, porque, fere ou quebra a lógica de um planejamento, e entra, vamos dizer assim, com um encurtamento ou com sobreposição aos fluxos, as diretrizes, que aquele que passa pela porta de entrada lá, pela estratégia em saúde da família, pela UBS, é obrigado a seguir. Então isso acarreta, consideravelmente, o volume desse custo ou desses medicamentos especializados pelo sistema. Até pela demanda, se você for analisar quais são os medicamentos mais judicializados, você vai ver que não são os de atenção básica, são os de alto custo. (PJ, 13/10/2014)

Essa conclusão que PJ teve nos remete a um debate mais amplo sobre os fatores que podem estar na base do aumento de ações judiciais no Brasil. Ele evoca questões éticas que dizem respeito à forma como o Judiciário tratava e trata, no atual contexto, as questões de direito subjetivo e individual à saúde (RIBEIRO, 2013). Não desqualifica a atitude da categoria profissional que tem estado à frente desses processos, no caso os magistrados. Entende como um processo de amadurecimento profissional, ou seja, considerava naquele momento que ninguém estava preparado para enfrentar essa ordem de problema na área jurídica. Sem falar explicitamente, PJ admite de forma consistente, que o maior afetado nesse processo é a gestão pública. Não há planejamento no mundo que dê conta de tanta ruptura (PEPE *et al*, 2010b). Dentro desse quadro complexo com o qual o CAO-Saúde se depara, PJ destaca o aumento no volume de demandas de medicamentos, como o indicador maior de que o sistema está em risco. Termina a sua narrativa afirmando que os medicamentos, os “vilões”, obtidos por ações judiciais seriam os de alto custo. É preciso atentar, contudo, que os medicamentos de alto custo são os produtos líderes para o assédio industrial, que mereceria ser investigado com olhar atento pelo Ministério Público.

As críticas que emergiram, principalmente na literatura, sobre o assédio da indústria farmacêutica e as estratégias utilizadas para induzir ações judiciais, mencionadas em diversos artigos ao longo da tese, pareciam não fazer parte do repertório do CAO-Saúde. Contudo, não é possível considerar essa postura como consensual entre os promotores públicos. Perguntamos inicialmente a PJ, se o Ministério Público solicitava a investigação de casos que supostamente poderiam ter tido intervenção da indústria farmacêutica. Embora não tenhamos dito claramente, a questão buscava abarcar casos de propinas a médicos, advogados e até a gestores para que um produto fosse incorporado pelo SUS. Ele não nos respondeu à questão. Isso se deva talvez à complexidade desse tema no atual contexto. Como PJ desafiou a gestão pública em toda a sua narrativa, vale analisar os enunciados do gestor logo em seguida, para se ter uma visão mais integradora sobre a judicialização.

#### **4.4 Os desafios: narrativas do gestor público**

O entrevistado ocupava um cargo de gestão na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e atuava, no momento em que a entrevista foi realizada, como gestor de uma fundação vinculada ao Estado responsável pela pesquisa e produção de medicamentos em Minas Gerais. Entendia-se que essa dupla inserção ajudaria a compreender, ao mesmo tempo, como a gestão visualizava o assédio dos laboratórios farmacêuticos que poderiam levar ao aumento da judicialização da saúde em Minas Gerais e como a atuação do órgão produtor de medicamentos e de insumos poderia impactar no mercado, reduzindo os custos desses produtos para atender a população. Daqui para frente nosso sujeito será tratado por GP (Gestor público). A entrevista se inicia:

Entrevistador: Vamos começar tratando das questões que envolvem a judicialização e trazer algumas questões para o debate. A primeira delas, você tem acompanhado o contexto da judicialização da saúde desde quando?

Eu diria que desde meados de 2005/2006, quando eu tive meu primeiro contato com o tema. (...) E aí eu diria que de 2007/2008 para frente o tema passou a frequentemente estar aí nos assuntos que eu acompanho e discuto. (GP, 11/03/2014)

A sua inserção com o tema da judicialização aconteceu a partir de 2007, sete anos antes da entrevista.

Entrevistador: Antes de atuar em gestão pública você já conhecia a existência desse processo?

Eu acho que acabei coincidindo um pouco na minha trajetória, com o boom da judicialização também. Então assim, quando eu entrei, era bem menor, já existia alguma coisa pontual, 2004, e como eu te falei, eu não tinha muito conhecimento da área de saúde especificamente; então, realmente, antes não; foi da entrada na secretaria, um ano e pouquinho antes, depois para frente, e aí eu acho que não só acompanhei o tema como na mesma curva de crescimento da judicialização. Cada dia mais, estou envolvido com esse tema. (GP, 11/03/2014)

Entrevistador: Em sua opinião, houve mudanças na judicialização, antes e depois de você atuar em gestão?

Aí eu vou falar assim, como gestor público, em sentido amplo, não só no tempo que eu fiquei como secretário adjunto, mas também quando eu atuei como assessor de gestão estratégica da secretaria, acompanhando os processos (...) Então, eu vi surgir, na secretaria, assessoria técnica como staff de gabinete...Quando eu entrei, até uns quatro anos depois, não existia essa área, teve primeiro a criação de um núcleo, acho que era o NAT, dentro da assistência farmacêutica, e aí depois explodiu e a assessoria técnica virou um staff de gabinete. E acompanhei no ano passado, como adjunto, a criação desse novo modelo proposto, que está em estágio de implantação, que é um núcleo mesmo, de abordagem de judicialização, com interface, com diversos atores que permeiam o tema. Além disso, eu participei de forma muito ativa em 2011 ou 2012, eu vou ficar te devendo isso, mas depois eu confirmo, dos fóruns de judicialização promovidos em parceria com o TJ. (GP, 11/03/2014)

Estas informações ajudam a esclarecer como a gestão pública em Minas Gerais foi se estruturando para atender as demandas de ações judiciais que estavam em andamento e ao seu aumento crescente. Chama a atenção que o núcleo criado para assessorar a Secretaria da Saúde,

deveria ter como uma de suas funções estabelecer mediação com os diferentes atores que estão envolvidos. Contudo, apesar dessa colocação de GP sobre o que se esperava do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS)<sup>37</sup>, o setor se especializou no cumprimento de decisões judiciais e não na mediação e soluções administrativas, como se observa na própria Resolução SES Nº 4429, de 1º de agosto de 2014 (MINAS GERAIS, 2014).

Ressalta-se um papel importante que o GP está defendendo: em consonância com o que o PJ falou em sua entrevista, quem teria de comandar a mediação não seria o Ministério Público, mas sim a gestão pública da saúde. A narrativa a seguir esclarece os meandros desse processo:

Nessa participação que eu tive nesses encontros que foram cinco dentro do estado, dois aqui em Belo Horizonte, o que foi que eu percebi? Que se o assunto não estivesse sendo abordado, como ele tem sido, com a sensibilidade de diversos atores envolvidos, boa vontade mesmo para resolver, em vez de simplesmente abandonar a questão importante do acesso do cidadão resolver por si mesmo. Talvez teríamos uma judicialização ainda maior. Então, apesar de reconhecer esse boom, e saber que a curva é muito crescente, assustadoramente crescente, eu te digo, que para mim existem outros fatores que induzem esse crescimento. (GP, 11/03/2014)

A forma como GP introduz a questão deixa claro que havia, pelo menos da parte da gestão estadual, uma preocupação em atender a demanda sem recorrer à judicialização. Diferentemente do que foi dito por outros entrevistados, não teria existido descaso da gestão. Contra o argumento do descaso GP introduz a hipótese de que haveria outros fatores que induziriam o crescimento das ações judiciais:

Vou fazer uma analogia aqui, você vai me permitir, mas eu acho que ela ilustra bem...outro movimento que eu acompanhei junto com a administração do Estado, eu trabalhei no Viva Vida. Lá a questão era a da redução da mortalidade infantil...Às vezes a gente fica p... da vida porque ‘‘Poxa, temos o Viva Vida, temos, agora mais recente, o ‘‘Mães de Minas’’(...) E não cai a mortalidade infantil. Eu tenho uma explicação para isso. Eu não acho que é uma desculpa não. É uma explicação válida. Você tem duas questões, você está atuando para reduzir a mortalidade infantil mas tinha o problema histórico que é o da qualidade das informações. Quando eu faço um programa, eu não faço um programa só para reduzir números, eu faço um programa inclusive para tirar a poeira do tapete. Então, a curva lá no caso da mortalidade infantil é de decréscimo, mas não é o decréscimo que a gente queria. E como que eu justifico isso? Acho que a gente está progredindo, porque a gente está reduzindo óbitos infantis, e inclusive óbitos que até então nem eram de conhecimento do sistema de informação. Tratando o paralelo disso com a judicialização, onde que eu enxergo? Nós temos uma população, que pelo próprio desenvolvimento social do país, pela própria questão da internet, da mídia, está cada vez mais informada e ciente dos seus direitos, e busca esses direitos, e tem facilidade de acesso, em alguns meios, e inclusive, por exemplo, aos escritórios de advogados e tal. (GP, 11/03/2014)

---

<sup>37</sup> O Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) foi criado pela Lei Estadual nº 21.077, de 27 de dezembro de 2013, em substituição a Assessoria Técnica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. De acordo com a Resolução SES Nº 4429, de 01 de agosto de 2014 que regulamenta a competência do NAJS, o Núcleo tem o objetivo de promover ações para garantir o cumprimento de decisões judiciais que determinem o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos médicos e/ou hospitalares;

Na sua narrativa, GP se serve de um exemplo emblemático para explicitar o seu entendimento e as frustrações como gestor, que tem de admitir que apesar dos esforços da administração para solucionar problemas sociais, de total responsabilidade do Estado, e reconhecer que existem limites na gestão. Como no caso da mortalidade infantil, apesar das ações da Secretaria de Estado de Saúde, a redução ainda não era a que se esperava alcançar. Sobre a judicialização da saúde, GP via um outro fator que poderia influenciar as ações, aliás, um fator identificado por outros entrevistados, a ampliação das comunicações. No atual contexto, os indivíduos estão cada vez mais conscientes de seus direitos e com isso acionam a justiça por intermédio de advogados que aceitam a causa. Na sequência de sua narrativa, ele explicita claramente sua opinião sobre o tema, que inclui uma reflexão crítica da ação da gestão pública naquele momento:

Então, o que eu quero dizer com isso? Não é que nós estamos enxugando gelo, seria uma expressão um pouco forte demais. Mas nós estamos minimizando uma ferida que é muito maior que o curativo que a gente tem. Eu acho que por mais que a gestão se esforce muito, a gente tem, reconhecidamente, limites financeiros dentro do SUS, dificuldades de gestão, que temos que assumir que existe... Questões de interpretação jurídica, que deveriam estar muito mais suscetíveis a protocolos clínicos, a evidências científicas, a formulação das políticas públicas.... Então, acho que por mais que a gente se esforce muito, reconhecidamente, a gente ainda vai passar por um período de crescimento. (GP, 11/03/2014)

As metáforas utilizadas para expressar o seu sentimento de impotência são muito adequadas para a situação analisada. Qualquer profissional da área da saúde entenderia que o curativo tem de cobrir integralmente o ferimento para que o mesmo não se agrave, da mesma forma que o Judiciário deveria saber que o orçamento da saúde não cobre todas as “feridas” que pretende curar. Naquele momento, GP sinaliza o descaso do Judiciário ao interpretar os protocolos clínicos, as evidências científicas e a formulação das políticas. Esses enunciados mostram que há uma enorme conexão, entre o que o gestor público reivindicava e o que o promotor (PJ) falou sobre o trabalho do CAO-Saúde, ou seja, trabalhar a sensibilidade do Judiciário, por meio de uma mediação sanitária. Isto talvez explique o final da frase, em que GP reconhece que algo estava sendo feito, mas que levaria muito tempo para se alcançar a redução da judicialização da saúde. Mas mesmo assim, vale mostrar o que GP entendia que poderia ser feito na sua alçada:

O que a gente pode fazer é minimizar essa curva de crescimento, talvez tentar ajustá-la a um padrão...E para isso, talvez, o que a gente tem que conseguir é mais agilidade de gestão, do seguinte ponto de vista: Estou tendo uma demanda constante, de uma determinada situação...A gestão precisa reconhecer isso com mais agilidade, ela precisa se prestar a pegar essa informação e falar “Poxa, eu tenho que incorporar esse medicamento” E aí pegar os fluxos que estão criados, a questão da Conitec, a questão da (Lei) 12401, e o próprio uso das evidências científicas e falar. Por que eu te falo isso? Porque eu acho que se a gestão for um pouquinho mais proativa, um pouquinho mais ágil, ela vai ter uma moral com o judiciário – que já caiu a ficha do judiciário – pelo menos os mais nobres e bem-dispostos.... Que não adianta também falar só “a

gestão vai...”. Que eu acho que vai dar uma moral e a gente vai conseguir dar uma freada e estabilizar pelo menos.

GP reconhece a complexidade da questão. A agilidade nas respostas da Secretaria de Saúde poderia, na sua opinião, reduzir o aumento da judicialização. As soluções que ele apresenta na sequência estão em total conexão com as orientações que o CAO-saúde tem buscado implementar desde que foi criado, como anunciou PJ na entrevista anterior. Mesmo que ainda seja excessivo o número de ações judiciais, parece que o gestor entrevistado partilha da proposta firmada pelo promotor, pois a gestão se colocando com papel de protagonismo no cuidado em saúde, antevendo as necessidades, poderia melhor enfrentar o fenômeno. Mas, essa mudança não se daria a curto prazo, como ainda não ocorreu<sup>38</sup>, pois dependeria também da mudança cultural, para que as pessoas resgatem a confiança no sistema de saúde público e não busquem a justiça.

A partir dessa mudança que não se daria a curto prazo, buscamos aprofundar a partir da experiência de GP, quais eram as estratégias adotadas para dar sentido a esse tempo:

Entrevistador: No caso, você falou que tem uma ferida que vocês têm que tentar pelo menos cicatrizar (...) essa seria a prioridade da saúde? Cicatrizar a ferida que vai aparecendo...?

Sim. Vamos pensar algumas coisas, fazer uma reflexão sobre o próprio imaginário que o nosso cidadão, que como eu coloquei agora pouco, está cada vez mais ciente dos direitos dele, tem sobre o Sistema Único de Saúde. Tem uma pesquisa do CONASS, acho que de 2003, que falava que 30% dos cidadãos sabiam citar, a priori, o que é o SUS; a maioria das pessoas não sabem o que é o SUS, caem numa pobreza de espírito de comparar o SUS, por exemplo, com um plano privado, que faz seleção adversa, tem delimitação de carteira...Claro que hoje os órgãos reguladores têm apertado um pouco mais, mas a diferença ainda é muito grande. Você pensar, imunização, predominantemente SUS, vigilância, urgência e emergência, acidente que tem na estrada, primeiro vai para a porta do SUS. Hemoterapia, a própria questão dos medicamentos.... Quantos usam o privado para consulta eletiva e depois vão bater na porta do SUS para pegar medicamentos? A gente reconhece a situação, e o que a gente identifica? Eu diria que também a integralidade e a universalidade do SUS, ela é crescente, porque, se ela estava posta como princípio desde a constituição, a concretização desse princípio, para um sistema que herdou uma estrutura de INAMPS, de Santas Casas, que não tinha uma estrutura pronta, para dar conta daquela integralidade e universalidade, nós temos que assumir que a carteira do SUS cresce a cada dia. Cresce porque é um sistema recente, eu diria que ainda é recente, ainda com esse tempo, 25 anos. (GP, 11/03/2014)

Esta narrativa comparada com as formuladas pelos outros entrevistados é a primeira que explicita claramente uma interpretação do SUS destacando detalhadamente a sua função para a saúde pública no Brasil. Trata-se antes de mais nada de uma posição de gestor público da saúde. A internalização do SUS pelos cidadãos comuns é ainda algo que não está completamente realizado, a falta de conhecimento, com percepção equivocada sobre o sistema

<sup>38</sup> Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Judicialização da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>. Acesso em 29 de dezembro de 2016.

é presente até mesmo entre estudantes dos cursos da saúde e profissionais (KEMPFER *et al*, 2011; MELLO-CARPES *et al*, 2012; MOIMAZ *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2007; PONTES *et al*, 2009). Ele indica as confusões que são feitas, misturando-se SUS com a privatização da saúde pelos planos de saúde empresariais que entraram no mercado para, supostamente, suprir o que se diz que o SUS não daria conta. Mas GP revela um aspecto que é geral no Brasil, como estudos já mostraram, a sobreposição no uso dos sistemas, público e privado (MACHADO, MARTINS, LEITE, 2015; SANTOS, UGÁ, PORTO, 2008; SILVA; CAXIAS, 2016). Na sua concepção, o SUS era ainda um sistema novo que tenderia a crescer. No seu olhar de gestor público, o SUS herdou uma estrutura deficiente que teria não de ser reformulada, mas integralmente criada. Sem perder o foco, GP entra no tema que queríamos compreender desde o início da entrevista. Como os gestores lidam com a questão das inovações de medicamentos, com as quais as indústrias farmacêuticas buscam assediá-los os pacientes, médicos e, agora, os escritórios de advocacia.

(...) segundo ponto, inovação tecnológica é uma coisa louca, bom por um lado, mas ruim por outro, complicado, e a própria questão que eu já falei, da consciência do cidadão, quanto mais ele tem acesso mais ele vai se tornar exigente, e que bom que ele é exigente, quem bom! Isso força o sistema a se qualificar. Eu não queria nunca que o cidadão se desse por satisfeito com o que o Sistema Único de Saúde oferece. Aí tem uma diferença e eu queria deixar claro, o cidadão nunca pode estar satisfeito, porque a gente sempre pode dar mais; o que ele tem que ter é noção do que é o SUS. (GP, 11/03/2014)

A leitura que GP fez da inovação está relacionada, inicialmente, com o direito de cidadania. Ou seja, ela não retiraria a capacidade de os pacientes escolherem na tomada de decisão. Tal como PJ ele destaca a tomada de consciência dos indivíduos, dos seus direitos como algo positivo. Só que, na sua percepção de gestor público, GP ressalta a importância dessas exigências como uma forma de qualificação do sistema de saúde. Aliás, a gestão pública que pode responder às demandas da saúde. GP expressa isso com um enunciado que marca a única forma com que a gestão poderia evitar as ações judiciais: “a gente sempre pode dar mais”. Diferentemente dos outros atores que foram entrevistados, GP ocupa um lugar central no debate sobre a judicialização. Todas as vezes em que respondeu ações dessa natureza, é ele como gestor que tem visibilidade midiática, ou era ele que tinha que responder publicamente por seus atos. Embora hoje, quem assume esse lugar de protagonismo são magistrados, defensores e promotores públicos. Mas mesmo assim, vale acompanhar como GP constrói essa invasão midiática:

O cidadão não está satisfeito porque ele não sabe o que é o SUS e não tem dimensão do que é o SUS. Diminui o SUS (do seu imaginário) porque tem um evento catastrófico que a mídia cobre porque aquilo dá propaganda. Mas duzentos e tantos mil partos feitos por ano em Minas, dentro do SUS, não dão aquela propaganda (...) E isso eu acho complicado, quer dizer, a mídia principalmente, faz um papel terrível

nisso, absurdo, a mesma mídia que está esclarecendo para que ele tenha mais acesso está deteriorando a imagem do sistema. Eu passei por um caso recente aqui que eu não vou nem relatar senão eu vou complicar a história da febre maculosa, você deve ter acompanhado na mídia e que ainda nem está concluído que tenha sido em função das capivaras (...). Mas, olha o tanto que essa história vai desmoronando (...) e aí, tem o hospital foi de lá que mandaram um exame para cá, para a gente fazer a análise clínica (...). Tinha uma parte do procedimento que pelo protocolo deveria ter feito lá. Aí fez-se um jogo de empurra, veio para cá. Já para o pai do menino chegou uma outra notícia, e olha o que virou a febre maculosa! Virou o maior problema de saúde pública de Minas Gerais! A abordagem da mídia é tão equivocada que ninguém está falando muito de hipertensão e diabetes, mas dengue para todo mundo é o maior problema de saúde pública. É um problema sério, eu concordo, mas não é o maior. (GP, 11/03/2014)

GP destaca a prática da mídia contemporânea de transformar a reportagem em uma mercadoria, a circular no mercado da comunicação, com patrocínio de interesses diversos que buscam manchar a imagem do SUS. Sobre essas práticas da mídia, GP apenas lamenta o fato de ela não dar informações positivas das ações de saúde que a gestão pública de Minas Gerais realizava. Não há como impedir que essas informações circulem, pois, a mídia, como qualquer outro agente privado no Brasil apela, cada vez mais, para a Constituição para garantir o direito de exercer a sua liberdade de expressar informações e ideias, independentemente das consequências que estas possam causar. Seguindo o raciocínio de um gestor público, o entrevistado finaliza essa parte da narrativa indicando o que, na sua experiência como gestor, fazia para equilibrar as questões da inovação em saúde:

Então assim, por que eu estou falando isso tudo? Para dizer que, recapitulando, nós temos um sistema em construção ainda, segundo, inovações tecnológicas frequentes, mudança no perfil epidemiológico que tem que ser considerado, porque gera novas demandas da população, e isso também justifica essa modelagem variável da carteira de serviços do SUS. Quando eu pego esse pacote todo, eu justifico aquele buraco que eu te falei que é um pouquinho maior que meu curativo. Eu estou sempre correndo um pouquinho atrás do que eu tenho que conseguir. Dá para passar na frente? Dá para ser mais preditivo, eu acho que dá, em alguns pontos para ser. Eu cito o próprio exemplo que eu te falei, por que a secretaria de estado não pode fazer uma parceria com a própria universidade mais proativa? Já existe, nós temos colaborador e tal; mas liberar essa base de dados mesmo, e falar ‘olha, traz mastigado para mim’ porque, eu passei quanto tempo lá dentro? Para te falar o seguinte, nós não temos fôlego, não é que nós não temos vontade; nós temos que lidar, é aquela lida diária com a pressão mesmo, tentar fazer esse ajustamento com o promotor, com o juiz, para poder falar ‘cara, não pede isso porque tem um muito parecido aqui que vai dar certo’, ‘não pede isso porque está fora do protocolo’ Para isso a gente já conta com o apoio do próprio centro colaborador. Por que a gente não abre mão dessa base e fala: ‘Universidade traz para mim agora o feedback do que é que vale a pena incorporar, me ajuda a ter um processo mais ágil e inteligente’ Eu diria que seria quase aplicar o conceito de inteligência competitiva, talvez inteligência social, já que estamos falando de mercado público, para a questão dos medicamentos. Acho fantástico. (GP, 11/03/2014)

GP conclui sua narrativa, sobre o olhar da gestão da saúde, com uma série de elementos que compõem o planejamento da saúde com potencial de reduzir as ações judiciais no Estado de Minas Gerais. O diferencial de sua fala está no fato de que as ideias que ele defendeu visam,

antes de mais nada, fazer uma nova modelagem para o SUS. O seu foco não é o debate imposto pelo Judiciário que, embora GP não diga abertamente, assim como o cidadão, não conhece o SUS. Ideia que aparece também na fala do PJ. Mas enquanto este ordena ações via CAO-Saúde para esclarecer principalmente os promotores públicos, o GP centra o seu foco no cidadão que precisa conhecer o SUS, para fortalecê-lo. GP mostra que o gestor tem de ser preditivo, pensar sempre no futuro. Mas, para atingir esse ideal, o gestor precisaria contar com algumas condições: fortalecer as parcerias com a universidade e a gestão disponibilizar dados para a pesquisa. O retorno das pesquisas potencializaria o planejamento da oferta de serviços de saúde. Ele reconhece que tem atuado sob pressão e aí entra o Judiciário interferindo diretamente no orçamento público. Finaliza o seu enunciado informando que já a parceria com a Universidade, poderia instaurar o que os especialistas da Administração Gerencial chamam de Inteligência Competitiva (CAPUANO, 2009; SAPIRO, 1993; TARAPANOFF, 2006). O que se propunha para o gestor empresarial poderia, talvez, ser adaptado ao gestor público. No caso da gestão de medicamentos, poderia ser construída uma equipe que colaboraria na gestão do conhecimento, ou seja, acompanharia ensaios clínicos, estudos farmacoeconômicos, entre outros, realizados em centros de pesquisas nacionais e internacionais. Essa equipe elaboraria relatórios que alimentariam a gestão pública com informações que seriam usadas na tomada de decisão. Diante dessa posição arrojada de GP, buscou-se entender se na sua visão que relação estabelecia entre a Inteligência Competitiva, com a inovação e a Judicialização da saúde:

Vou transpor um pouquinho para a minha realidade, hoje eu estou do outro lado do balcão porque eu sou um produtor, não em sua plenitude como eu gostaria, mas na fundação tem esse papel de produzir medicamentos. Tem se discutido muito inteligência competitiva aqui, por quê? Eu sou público, mas eu vivo em um ambiente extremamente competitivo, tem os outros laboratórios oficiais, e tem o próprio mercado privado que em alguns momentos concorre comigo. Por que eu tenho discutido tanto o conceito de inteligência competitiva aqui dentro? Porque eu tenho que ter agilidade, que não é muito normal para o público, diga-se de passagem, para poder falar assim, vou me posicionar, vou desenvolver esse medicamento, esse e esse...No meu caso, muitas vezes até para sobrevivência de mercado, a fundação fez uma jogada, por exemplo, uns 5/6 anos atrás, ela meio que largou mão dos básicos, entrou nesse processo de transferência tecnológica pilotado pelas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) lá do Ministério, e começou a trabalhar com medicamentos de maior valor agregado, principalmente aqueles estratégicos, atendimento a DST-AIDS do Ministério...Foi uma escolha. E o que a gente tem discutido muito aqui é, essas escolhas aqui são quase que cotidianas. Para isso o que eu preciso ter? Uma leitura real do mercado; qual é a demanda do mercado? Uma leitura dos meus concorrentes; esse é o conceito de inteligência competitiva. Transpondo isso para a questão da judicialização, o que eu preciso? Uma leitura epidemiológica, saber quais são as doenças emergentes, aquilo que a cada dia eu tenho que ter uma nova abordagem, inclusive com tratamento de medicamentos...Eu preciso saber, com as listas vigentes, o que está sendo demandado pela população que não está nas listas vigentes, e que eu devo buscar a incorporação tecnológica, se for razoável. Eu preciso ter uma leitura da produção do mercado, não basta saber da necessidade da população, mas, o mercado trouxe algum novo fármaco que supre essa necessidade? Ou, tem algum novo processo, procedimento clínico, cirúrgico, que



supre uma necessidade? Ele é mais custo efetivo? Então, essa agilidade tem que ser uma coisa assim, muito maior do que é o habitual do serviço público, isso eu reconheço. (GP, 11/03/2014)

GP, nesse trecho, fala da sua atuação como gestor da fundação pública do Estado de Minas Gerais, responsável pela produção de medicamentos e insumos. Esta é razão que o fez estar em outro local do SUS, define-se como um produtor de medicamentos. Estava na gestão da produção de medicamentos, o que o obrigava, de certa maneira, a raciocinar com a lógica empresarial. Identificava, claramente, quem são os seus concorrentes no mercado de medicamentos. Além de outras empresas públicas que constam da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil<sup>39</sup>, destacava também o mercado privado que disputa com a fundação, a qual presidia naquele momento. Justifica a introdução do conceito de inteligência competitiva mostrando que, por meio dessa estratégia, seria possível imprimir na gestão, a agilidade que, segundo GP, não seria muito normal no setor público.

Sem entrar em detalhes, GP relata como algumas decisões foram tomadas na fundação, quando por determinação da gestão da época, deixou-se de lado a produção de medicamentos básicos para se incluir no processo de transferência tecnológica, orientado pelas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). GP aponta que as PDPs produziram, na época, uma mudança na Lei N° 8666/93: “com objetivo de possibilitar a contratação direta, sem licitação, de parcerias estratégicas entre os setores produtivos público e privados nacionais”, baseadas na Lei de Inovação N° 10.973/2004 (SUNDFELD; SOUZA, 2013).

GP entendia que as PDPs visavam ao desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional e ao incremento da autonomia tecnológica do país, pensamento semelhante ao de Gadelha (2013), contudo, mais adiante faz uma análise bem crítica da proposta. Após esses esclarecimentos GP descreveu como um gestor público poderia evitar a judicialização se fosse municiado dessa inteligência competitiva. Para isso fez uso de algumas questões propositivas cujas respostas deveriam indicar as ações que precisariam ser empreendidas. Segundo GP, o gestor deveria fazer uma leitura do mercado farmacêutico, articulada com a necessidade em saúde da população, só assim, seria capaz de avaliar se as inovações propostas pelas indústrias

---

<sup>39</sup> A Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB) é uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de duração indeterminada, regida pelo presente Estatuto e normas complementares. Os associados são empresas públicas e organizações não governamentais sem fins lucrativos, sociedades de economia mista, autarquias, institutos, fundações, centros e universidades que produzem medicamentos, soros, vacinas, kits diagnósticos, biofármacos, hemoderivados, produtos para saúde e produtos e serviços complementares às atividades de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS).

farmacêuticas suprem ou não, as demandas. Em suma, pode-se dizer que nos enunciados expressos por GP essa seria uma forma técnica de fazer frente ao assédio da indústria farmacêutica evitando que esta incite o aumento de ações judiciais. Mas será que esse modelo de gestão proposta teve alguma repercussão? Será que foi considerado pelos atores envolvidos com as ações judiciais?

Entrevistador: Você tem informações se a fundação tem sido convocada para esse debate da judicialização em torno dos novos medicamentos? Você mencionou que tem essa questão do mercado, com o novo, as necessidades da população (...) A fundação tem sido convocada a discutir se esse medicamento novo é necessário, se não é, se é importante, não é...?

Muito pouco. Eu estou trabalhando primeiro, nesses dois ou três meses, num resgate mesmo da fundação. Eu brinco com todo mundo aqui, a analogia do avião, estamos estabilizando o avião. Mas eu vejo com uma perspectiva de contribuição, num próximo governo, talvez até revendo algumas coisas da missão da fundação. Ou seja, dela ter um papel mais presente, tanto no ambiente regulatório do Estado, quanto no ambiente de formulação, de opção de medicamentos de opções estratégicas e tal. (GP, 11/03/2014)

A missão da fundação, instituição pública responsável pela produção de medicamentos, no Estado de Minas Gerais, é um tema que não aparece na fala dos outros sujeitos que foram entrevistados, ao se pensar alternativas para reduzir as ações judiciais. Isto se explica, muito provavelmente, pelo lugar que GP ocupava. O tema da judicialização remete, invariavelmente, para o tema do impacto que as ações judiciais podem trazer para o orçamento público da saúde. Evidentemente que sua posição de gestor o coloca em um lugar que é difícil discordar dessa posição. Embora a judicialização de medicamentos evoque antes de tudo o direito à saúde, o uso excessivo dessas ações não impacta apenas o orçamento público. Quando o GP faz referência à missão da fundação, está indiretamente anunciando que a instituição interfere na produção nacional de medicamentos. Oliveira, Labra e Bermudez (2006) dão uma visão geral da produção de medicamentos no Brasil, corroborando as ideias que GP dizia sobre a missão da fundação:

O Brasil é um dos poucos países a possuir um parque público formado por 18 laboratórios, alguns com quase duzentos anos de fundação, os quais vêm contribuindo no abastecimento de medicamentos ao setor público, especialmente daqueles destinados a importantes de doenças endêmicas que afligem a população, sem grande interesse comercial para o setor privado.

Quando se discute a judicialização, esse cenário quase não aparece, embora, faça parte do universo farmacêutico absolutamente associado ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Como este se abre para a iniciativa privada e pouco incita o setor público a se manifestar, isso leva a inanição? Parece que sim, na visão do GP:

Acho que a gente tem que ser mais ativo nisso, e não acho que é só questão da secretaria, dos atores convidarem, acho que a gente também pode se oferecer. Vou

citar uma frase, aqui, que, na passagem do bastão, eu ouvi do ex-presidente: “a fundação ficou um pouco fora da curva do SUS”, e não pode ser assim. (GP, 11/03/2014)

O ativismo que GP propõe é de a fundação não limitar suas ações exclusivamente às demandas da Secretaria e também agir propositivamente para talvez evitar ações judiciais de maneira integrada ao SUS. De certa forma, GP não descarta totalmente a judicialização, apesar das dificuldades impostas à gestão. GP vê a expansão da cidadania como o que há de mais positivo no fenômeno, sem desconsiderar que gera nele desconforto, pelas ambivalências múltiplas para um gestor manobrar.

Te confesso que eu sempre fui muito ambivalente com o seguinte, Minas é um dos poucos estados que tem a rubrica sentenças judiciais. Isso é bom ou ruim? Eu sou ambivalente com isso. Ter uma estrutura para abordar a judicialização, é bom ou ruim? Porque, por um lado eu estou assumindo de vez esse problema, e estou dando até publicidade para isso. Por outro lado, o problema existe, eu vou correr dele? Eu preciso abordá-lo? Então, eu sou muito ambivalente com isso. Não tenho resposta, a pergunta foi quase que para mim mesmo. (GP, 11/03/2014)

A quebra da impessoalidade no trecho da narrativa acima vale ser registrada em função do conteúdo que GP deseja expressar. Quase em tom de desabafo se posiciona sobre os impasses que um gestor tem de enfrentar em relação aos atos técnicos que têm força de lei como a rubrica “sentenças judiciais”, criada em 2009, que separou no orçamento estadual da saúde um crédito de R\$ 40 milhões apenas para pagar ações judiciais (PEREIRA; CARNEIRO, 2012). Vale ressaltar que essa rubrica permaneceu até 2015 e os recursos chegaram a somar cerca de R\$ 240 milhões. Para um gestor, na concepção de GP, esta recomendação cria uma dupla crise. De um lado, uma vez aceita, funciona como espécie de réu confesso que assume a própria culpa e dá publicidade ao próprio ato. E do outro, ele não sabe se tem de enfrentar o problema ou largar de vez? Esse conflito marcado por indecisão parece ser fruto dos embates que GP tinha com os defensores das ideias que viam essa forma de resolver o problema da judicialização como um avanço:

Eu queria colocar o seguinte, quando se vê que em todos esses processos a gente tem avanço, talvez a gente esteja pecando ainda mais. Nossa busca é sempre para tornar mais eficiente o atendimento das demandas judiciais, é mais uma tática operacional do que uma evolução estratégica do processo. O que para mim é evolução estratégica do processo e que a gente está pecando ainda? É isso, é ter avaliação de tecnologia de saúde, é ter um link bom com a Conitec, é ter essa agilidade e inteligência perceptiva para saber quais são as novas demandas da população, e incorporar antes que virem uma demanda fora de protocolo, muito mais cara, pontual, menos universal, etc. Então é isso, acho que falta essa abordagem de inteligência, essa abordagem estratégica; em todas as três soluções que eu acompanhei, nenhuma das três para mim foram muito boas no sentido de ser mais eficiente, mas pouco estratégicas. (GP, 11/03/2014)

Essa dimensão de autocrítica que GP faz da atuação dos gestores da saúde traz um outro olhar diferenciado para se entender o que poderia frear o crescimento das ações judiciais. No

fundo, ele afirma que a gestão tem um papel fundamental nesse aumento. Na sua percepção, os gestores inverteram os papéis. No lugar de agilizar os procedimentos administrativos para que não haja judicialização, a gestão tem se esforçado para se mostrar eficiente no cumprimento da ação judicial. Tal percepção de GP se materializa na publicação de Araújo (2014), na qual destacou-se a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) como uma estratégia para enfrentar a judicialização, mas na perspectiva de garantir o aprimoramento das atividades de cumprimento de ordens judiciais, como forma de demonstrar eficiência. Tomando distância da função de gestor, GP consegue expressar elementos da gestão que ficam invisíveis para quem não acompanha de perto o dia-a-dia dos impasses vividos na administração pública.

Os problemas relacionados à política de assistência farmacêutica são os que mais tomaram o tempo da entrevista e, envolveram principalmente aspectos da produção e incorporação de novos medicamentos ao SUS. Ao responder a questão do entrevistador sobre a Lei N° 12401/2011 que trata da incorporação de tecnologias no SUS (BRASIL, 2011b), GP se posicionou da seguinte maneira:

Como não era um processo que eu acompanhava no dia-dia, minha visão é ampla, mas, o que eu tenho de dados ou elementos para contribuir? Entrei várias vezes no site da Conitec, vi que tinha medicamentos que eram incorporados, procedimentos que eram incorporados, mas que tinha recusa.... Isso para mim já é uma prova positiva do efeito da Conitec, recusas obviamente fundamentadas, mas...Acho que tem ali um lance, que foi uma jogada muito inteligente, que é uma burocratização e uma centralização proposital. Já que a judicialização estava ocorrendo tão fluída, uma resposta foi, no lugar de eu ter todos os municípios com autonomia plena, para terem listas próprias, vamos sujeitar qualquer alteração em listas, mesmo que eu admita que eu tenha diferenças nas listas de um município para outro, de um estado para outro...Mas vamos submeter isso a essa comissão de experts...Acho interessante, mas, de novo, eu acho que para isso tudo virar um argumento na mão de um Estado para que esse possa discutir com o judiciário, o Estado tem que estar com moral, ele tem que ter mostrado, com algumas ações proativas, que ele é um Estado que incorpora quando vê novas oportunidades, que está atento a novas oportunidades (...) Se o Estado não tem isso minimamente produzido, ele pode se dar ao luxo de discutir com o judiciário? “Poxa, eu sou aberto, eu estou aqui o tempo todo, nunca me sugeriram esse medicamento; realmente será que é uma necessidade ou será que não tem aí um terceiro ou quarto que está interessado em colocar isso no mercado? ” Entendeu? Você passa a ter mais peso para argumentar. (GP, 11/03/2014)

Com essa narrativa, fica explícito que GP reconhecia a existência e a importância de instrumentos de avaliação de tecnologias que poderiam reduzir as ações judiciais. Nas falas do GP é presente uma ideia de proatividade do SUS no planejamento e pesquisa de soluções tecnológicas avançadas para atendimento às necessidades de saúde. Assim, o sistema teria “moral” para enfrentar o Judiciário, inclusive demonstrando que a opção pública pode ser melhor do que a última invenção de interesse da indústria farmacêutica. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), apesar da sua recente criação, pela Lei N° 12401/2011, aparece na sua percepção como um órgão de suporte administrativo com

informações suficientes para que se tomem decisões, com maior segurança, sobre a incorporação ou não de um medicamento, por exemplo. Termina a sua argumentação protagonizando um diálogo que entendia que os gestores teriam de ter com os juízes. O que nos parece importante na sua fala é a sugestão de um contato direto com juízes, dito de outra forma, gostaria de ver gestores e juízes conversando sem precisar da formalização por ofícios via Procuradores do Estado, únicos interlocutores que de maneira protocolar comunicam-se com os magistrados nas ações judiciais. Será que os procuradores tratariam o conteúdo que GP expressou no final de sua narrativa, sugerindo que na ação judicial que aquele juiz precisa decidir, poderia ter sido fomentada por terceiros que possuíssem interesses apenas em lançar um novo medicamento no mercado. Indiretamente GP nos disse que possivelmente na conversa direta entre juiz e gestor, seria possível despertar no Judiciário a percepção sobre as interferências externas (laboratórios farmacêuticos), as quais poderiam induzir ações judiciais, tal movimento possivelmente não seria feito por um Procurador do Estado. Em complemento a questão da CONITEC, pediu-se para GP relatar se conhecia alguma avaliação sobre a incorporação de tecnologias, após a Lei N° 12401/2011 e também de reorganização da gestão, nesse sentido, pós Decreto N° 7508/2011 (BRASIL, 2011a):

Eu acompanho muitas discussões pós Decreto 7508/2011, que falava muito claramente de Rename e Coap. Eu sinto que esse assunto impregnou muito poucas agendas, ele poderia ter impactado ainda mais. Tem esse complexo ainda um pouco do poder público, da gestão pública, do Estado de maneira geral, municípios de se sentirem um pouco deficitários. “Eu vou tentar dar carteirada no judiciário com esse negócio, se eu ainda sou tão frágil em algumas questões, da própria formulação? (...). Nessa relação com o judiciário tem uma coisa de assimetria de informação. Nesse lance de assimetria de informação, parece que o judiciário, sem a gente blefar, já acredita muito mais na nossa capacidade de formulação do que nós mesmos acreditamos, porque a gente conhece bem os nossos defeitos, nossas práticas. Ele (o judiciário) já está comprando esse discurso interessante e válido, real e coerente que a universalidade e integralidade tem que ser proporcionada através das políticas públicas. Se eu for atender realmente a tudo o que todo mundo quer, que não necessariamente é o que todo mundo precisa, eu nunca vou ser universal/integral. Então, acho que o judiciário está mais sério com esse discurso, e acho que a gente tem um pouco de complexo de “Ai, eu tenho deficiência de planejamento” “Ah, não sou um bom formulador...” O Estado precisa se avantajear um pouco nesses aspectos. (GP, 11/03/2014)

Na realidade, embora GP tenha dito que acredita que poucos Estados tenham feito uma avaliação da Lei N° 12401/2011, que regulamenta a incorporação de novas tecnologias, GP acabou avaliando a área da gestão pública pela reduzida incorporação. Inicialmente destaca o complexo de inferioridade dos gestores por se sentirem deficitários no planejamento. Mas sua leitura aponta para uma outra direção, que mostra que o Judiciário já incorporou o discurso de que a universalidade e integralidade terão de passar pelas políticas públicas de saúde. O discurso de que não é possível comprar tudo o que todo mundo quer, é um discurso gerado pelos gestores

e o Judiciário, na concepção de GP, estava começando a ficar um pouco “mais sério” nas suas decisões. A CONITEC teria tido um papel importante nessa mudança de postura que GP observava no Judiciário, por ser o órgão responsável por apresentar os critérios científicos para as decisões. Fizemos essa pergunta a GP, pelo fato de ao longo da entrevista ele destacar a importância da CONITEC:

Eu acho que a Conitec é um freio de arrumação. Eu só acho que não é o freio de arrumação no tamanho que a gente precisa. Acho que não é uma solução única. Vou insistir no discurso dos problemas complexos com soluções complexas (que agrega) a Conitec, o dinamismo e a pró-atividade do Estado, mais eficiência nos processos judiciais, e o que eu quero dizer com isso? Sempre vai haver exceção? Eu acho que zerar judicialização será. Nunca! Impossível, duvido. Até acredito em estabilizar, acredito que lá na frente pode diminuir, mas zerar não. E aí? Assumindo isso, também preciso tornar os processos mais eficientes de novo, porque, hoje, tem sido quase que a abordagem prioritária, eu acho que ela é a última (que diz) eu “vou atender demanda judicial e pronto” meu papel vai ser esse. (GP, 11/03/2014)

Na sequência de sua fala, GP buscou esclarecer o que ele chamava de uma ação proativa do Estado. Mas isso não significa que não haverá mais quem recorra a ações judiciais. Na sua visão do futuro, a meta possível é reduzir o número de ações, zerar não seria possível. Como reduzir? Na realidade ele não tem uma resposta única para esse tema, mas evoca o tempo todo ações a partir do sistema envolvendo a fundação que presidia:

No serviço público estadual, no Estado de Minas Gerais, é uma coisa que acho que dá para a gente dar passos mais concretos. Eu te falo porque agora é tudo...balcão na fundação. Acho que a fundação deve participar mais nisso. Honestamente eu acho. E também tem um último ponto que eu queria destacar, se hoje a fundação não é mais participativa e não apoia mais o Estado, ok, vamos olhar para frente, enxergar uma outra evolução que teve nessa questão do mercado farmacêutico, que é belíssima; não impacta talvez diretamente a judicialização mas acho que indiretamente impacta pela questão do acesso. (GP, 11/03/2014)

GP reflete nesse trecho as direções que foram seguidas em Minas Gerais no contexto da fundação que presidia à época da entrevista. O gestor recorreu à orientação que na época da entrevista se aproximava muito do discurso difundido no Ministério da Saúde, que na época orientava o fortalecimento da articulação entre indústria, economia e saúde (GADELHA, 2013) por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Essa proposta GP interpreta da seguinte maneira:

Eu citei há pouco a própria questão das PDP's do ministério, do complexo industrial da saúde, que é um discurso do Gadelha e tudo mais (...) aquilo é fantástico, por quê? Um dos problemas dessa relação toda é que eu tenho que me relacionar com o mercado privado, que às vezes o Estado fica (limitado) ao papel regulatório, e tudo mais. Relacionar com o mercado privado, fragilizado (como Estado está), faz com que o mercado privado me imponha medicamentos que nem sempre são os melhores, faz com que eu tenha dependência de importação muito maior do que eu tenha capacidade de exportação, aí gera aquele déficit na balança, que é um dos discursos que justificam o complexo do sistema de saúde e tudo mais. Aí você começa a refletir sobre esse tema. (GP, 11/03/2014)

GP deixa ainda mais claro sua posição do que entende como um limite à proposta que vinha sendo defendida pelo Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Augusto Grabois Gadelha (2013), de fortalecer os laboratórios farmacêuticos nacionais, públicos e privados, no contexto do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Na sua posição, a composição dos parceiros nas PDP's era desigual. No seu olhar, esse modelo, como se pensava na época, não teria condição de fazer frente ao assédio da indústria farmacêutica privada. Na concepção de GP, o Estado estava fragilizado e nesta situação não só sofreria imposição direta dos laboratórios privados, mas os laboratórios públicos e privados nacionais teriam que se ajustar à lógica do mercado. Na sequência GP exemplifica como seria o impacto na fundação:

Nós temos sete parcerias para o desenvolvimento produtivo aprovadas pelo Ministério aqui na fundação; uma delas tornou-se desinteressante para a fundação, por quê? Só pelo fato do Ministério aprovar a fundação começar a trabalhar esse processo de parceria com o privado, o privado pegou o preço do medicamento e subiu! Não é um papel regulador do estado? O que isso tem a ver com judicialização? Na medida que o privado faz isso com o medicamento isso com certeza prejudica o acesso da população, tanto por via pública quanto se o medicamento também for fornecido no meio privado, na farmácia privada, também vai ter um impacto sobre isso. Então eu acho que essas coisas estão muito relacionadas. (GP, 11/03/2014)

GP revela implicações que acontecem no âmbito interno das negociações para as PDP's. Ele mostra que existiam situações graves que aconteciam e que tinham impacto no orçamento da saúde, as quais não estavam relacionadas diretamente com a judicialização. Essas situações demonstravam a fragilidade da regulação pelo Estado, a qual não conseguia acompanhar os casos como esse relatado, em que uma empresa privada faz o convênio em parceria com um laboratório brasileiro público, mas que na hora de vender o medicamento ao SUS dobrava o valor do medicamento. GP nesse caso dá um exemplo cabal daquilo que chamou de fragilidade do Estado e das agências de controle. A situação complexa das PDP's analisadas por GP foi objeto de estudo do Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (REBRIP), o qual foi tema do livro "Produção local de medicamentos e captura corporativa: análise do caso brasileiro". A referida publicação de Oliveira Júnior *et al* (2016) mostra, que após análises dos dados de 13 dos 27 produtos em fase de PDP, no período de 2010 a 2015, seis não apresentaram redução do preço de aquisição e outros três apresentaram reduções inferiores a 5 %. De acordo com a Portaria N° 2.531, de 12 de novembro de 2014 do ministério da Saúde, os preços de aquisição dos produtos das parcerias teriam que ser reduzidos ao longo da fase de PDP (BRASIL, 2014). Os autores exemplificam o caso da PDP para fabricação do medicamento atazanavir, em que o preço no contrato para aquisição do produto em 2016 (US\$ 2,28/unidade), seria 6,5 vezes maior do que o menor preço

disponível no mercado internacional (US\$ 0,35/unidade). O estudo ainda destaca a extensão do monopólio de patentes com a continuação da PDP em 2017. O caso descrito fere um dos objetivos das PDP's que é a economia de recursos para o SUS, fortalecendo a sua sustentabilidade e a ampliação do acesso da população aos medicamentos.

Ainda em consonância com a crítica apresentada por GP, o trabalho de Oliveira Júnior *et al* (2016) salienta que os gestores de laboratórios públicos não teriam experiência ou mecanismos efetivos para negociar com os laboratórios privados, sejam nacionais ou internacionais, algo que levaria à denominada captura corporativa<sup>40</sup> de políticas públicas, na medida em que a regulação existente é bastante frágil. Tal comportamento regulatório poderia se configurar, na realidade, como uma conivência dos gestores com os interesses comerciais das indústrias farmacêuticas. Todas as considerações narradas por GP e descritas no estudo de Oliveira Júnior *et al* (2016) podem se configurar como mais uma dificuldade de implantação da política de assistência farmacêutica no SUS, algo que pode ampliar a judicialização por medicamentos.

#### *4.4.1 Pontos convergentes nas narrativas de PJ e GP*

As entrevistas que foram realizadas com PJ e GP tinham a expectativa inicial de conhecer como cada um deles via a judicialização e, ainda, como nas suas respostas poderia aparecer a abordagem sobre o envolvimento das indústrias farmacêuticas e o que entendiam como necessário para controlar o assédio dessas, com intuito de reduzir o crescimento das ações judiciais. Como se pôde ver, embora ambos ocupassem lugares diferentes no tema investigado, ao ler o material da entrevista ficava claro que PJ, talvez pelo lugar que ocupava naquele momento como coordenador de um órgão cuja função era orientar promotores públicos em todo o Estado de Minas Gerais, tinha uma posição diferenciada de seus colegas. Para mudar a lógica das promotorias de defesa da saúde, em um sentido mais propositivo, propunha a seus pares que estes conversassem mais com os gestores estaduais e municipais, procurassem fazer a mediação sanitária, no sentido de encontrar estratégias para solucionar problemas que cresciam a cada ano, no lugar de focar as ações judiciais (ASSIS, 2013). Dito de outra forma, a análise da entrevista com PJ, trouxe informações importantes sobre uma prática desenvolvida, especialmente em Minas Gerais, que esclarecia um outro lado da questão da judicialização que o próprio Judiciário ainda não absorveu. Por mais que este Poder seja o protagonista da cena

---

<sup>40</sup> Os autores caracterizam o conceito de captura corporativa nas políticas públicas de saúde, como lobby, privatizações, concessões e benefícios tributários.



hoje, na concepção de PJ, acaba por distorcer as interpretações sobre os problemas do sistema de saúde a serem solucionados. Na experiência que desenvolvia no CAO-Saúde, ficava cada vez mais claro que apenas o gestor público, pela posição que ocupa e pelas responsabilidades que sua função lhe exige como administrador público conseguirá resolver as situações de conflito que têm gerado ações judiciais na área da saúde.

Foi essa leitura de várias passagens que perpassam a narrativa fornecida por PJ que nos levou a associar as suas falas às de GP, pois a afinidade de pressupostos teóricos e técnicos entre os dois indicava que existiam ali algumas expertises que ficavam invisíveis nos discursos dos representantes jurídicos. A análise das narrativas de GP seguiu um pouco o quadro anunciado na fala de PJ. Com essa aproximação buscou-se levantar estudos realizados, no Brasil, que trataram da judicialização de medicamentos e, dentre esses, aqueles que avaliavam a gestão, seja municipal ou estadual, com base em documentos, artigos de jornais, opiniões de juristas, de médicos e outros. Foram encontrados alguns estudos que buscaram ouvir gestores da saúde para que os próprios pudessem expressar suas posições acerca da gestão que realizavam em seus ambientes. Nesses estudos, o gestor não se limitava aos secretários municipais, estaduais e ao ministro da saúde. Foram considerados também diretores de hospitais públicos e privados. Os temas que aparecem nas falas dos gestores nesses estudos são próximos da narrativa de GP e envolveram as deficiências no planejamento, avaliação dos serviços de saúde, a dificuldade de financiamento que são barreiras para a consolidação do SUS (LORENZETTI *et al*, 2014; RIBEIRO, 2012).

Sobre a judicialização, aparecem estudos em que os pesquisadores buscam investigar o que gestores pensavam sobre o fenômeno que acontecia nos municípios que faziam a gestão em saúde. No material relacionado destaca-se o estudo realizado por Renan Guimarães de Oliveira (2014), no qual são entrevistados gestores públicos que estavam sendo penalizados pelas ações judiciais no município de Leopoldina, Minas Gerais. Nos depoimentos coletados, os gestores se posicionavam contrariamente às ações judiciais, as quais aconteciam sem uma avaliação das condições do município, com pedidos que a gestão se via obrigada a buscar em outros locais, visto que não dispunha de meios para cumprir dentro do município ou até mesmo nos casos em que se exigia o atendimento fora do município. Os gestores revelavam em suas falas as estratégias que eram articuladas para pressionar a gestão a fornecer medicamentos independente do custo, ou seja, os médicos prescreviam com a exigência de não se fornecer genérico ou similar em privilégio das marcas (OLIVEIRA, 2014). Em outro trabalho com gestores no qual o tema das ações judiciais foi tratado, Silva e Benito (2013), por meio do método de Análise do Sujeito Coletivo, reuniram um conjunto de 16 gestores municipais de

saúde do Estado do Espírito Santo, construindo um conjunto de enunciados que se aproximam das avaliações que GP na sua entrevista sustentava, como pontos importantes no debate da judicialização. Um trecho das falas dos gestores que formavam um dos Sujeitos Coletivos expressava a seguinte posição:

(...) hoje no Brasil uma coisa que é muito complicada é o lobby da indústria farmacêutica. A gente sofre muito com isso né, e se o médico disser pra você que você tem que tomar o remédio x e eu só tenho y que é similar ao seu x, mas você quer o x e o juiz não entender, então eu vou pagar muito mais caro por um desconhecimento. Até porque a partir do momento que a pessoa acha que não tem acesso ao serviço de saúde automaticamente ela tá fora da integralidade, não tá atingindo as suas necessidades que ela acha importante. (Discurso do Sujeito coletivo 4, apud, SILVA; BENITO, 2013)

Finalizando a análise da gestão, as posições acerca da judicialização e da possibilidade de se ter uma gestão mais ativa como GP e PJ sugeriram, talvez não tenha outra alternativa senão a de vencer o pretensão protagonismo do Judiciário na solução dos problemas de saúde. Para isso, o caminho talvez esteja na fala final de GP:

Eu gostaria mais que o Estado conseguisse prevenir as demandas judiciais, antever as demandas judiciais, negociar com o cidadão, com os médicos, com o judiciário, as demandas judiciais; eu acredito mais nisso; acho que uma vez que o leite está entornado.... Aí é enxugar gelo (GP, 11/03/2014)

#### **4.5 A visão de quem decide: análise dos magistrados**

Nessa etapa serão analisadas as narrativas de dois magistrados, um deles aposentado, mas que continuava acompanhando ações desencadeadas por ele próprio quando na função de desembargador, ou seja, quando era um juiz de segunda instância e, portanto, encarregado de julgar a decisão de juízes de 1ª instância, quando algum dos julgados não fica satisfeito com a sentença dada no Tribunal. Já o segundo entrevistado é juiz, de primeira instância, que começou a atuar em ações judiciais, com pedidos de medicamentos, pela primeira vez, em 2005. Daqui em diante eles serão tratados respectivamente como J1 (Desembargador) e J2 (Juiz de Direito).

O fato de ter-se entrevistado magistrados com tempos diferentes de atuação e que conviveram em momentos diversos das ações judiciais da saúde, em Minas Gerais, permitiu reunir duas visões quase opostas de como o Judiciário tem tratado, do tema, na fase final do processo em que se toma a decisão. Ao analisar as narrativas separadamente, compreende-se, muito claramente, a importância da intervenção de instâncias do Ministério Público, como CAO-Saúde, por exemplo, para esclarecer não apenas os próprios promotores públicos, como também para assessorar o Judiciário, de forma a que este tivesse o melhor nível possível de informações, no momento em que tomavam as suas decisões de conceder ou não o medicamento em uma ação judicial.

Ouvindo os dois entrevistados, J1 e J2, sobre o que eles pensavam sobre a judicialização de medicamentos, em um momento em que o tema já ganhava dimensões midiáticas, chegou-se ao registro de duas narrativas que traçavam os caminhos, ou mais, precisamente, as representações sociais que, teoricamente, orientavam os magistrados nas suas decisões finais. Não se pretende com isso recortar rigidamente o cenário judicial, como se as duas posições fossem as únicas que circulavam no contexto analisado. Mas, sim, pretendeu-se ressaltar que essas representações fazem parte dos embates que, na ocasião, dividiam no cenário nacional, os três poderes da República.

Lembrando o que já foi dito nos capítulos anteriores, a judicialização conta com apoio de associações civis de pacientes desta ou daquela enfermidade que entram com ações judiciais contra o Estado ou mesmo de associações de especialistas que, também, pressionam pela introdução de inovações medicamentosas ou de tratamentos (SOARES; DEPRÁ, 2012). Nos últimos anos, o Brasil sediou inúmeros fóruns reunindo juízes, promotores, defensores públicos e gestores para discutir os impactos que a judicialização causava no orçamento público, exigindo medidas para reduzi-la (SANTOS; DELDUQUE; MENDONÇA, 2015). Em um cenário efervescente, carregado de tantas informações, seria impossível imaginar que os agentes que atuavam na judicialização não tivessem algum contato com esse debate. Entretanto, não se fazia ideia do quanto essa interação despertava reações no Judiciário, que nada tinham a ver com os preceitos jurídicos. Ao contrário, são posições com conteúdo, claramente políticos, que expressavam uma visão parcial que pertencia a outros contextos.

No lugar de se perguntar o que pensam sobre a judicialização, interrogava-se J1 e J2, sobre os efeitos que ela tinha sobre o orçamento público da saúde. Introduzia-se, na pergunta, as críticas que são feitas ao Judiciário, por este não observar nas suas decisões este aspecto:

Entrevistador: por mais que o dinheiro público seja gasto de forma indevida, você tem um orçamento próprio que não tem jeito dele sair fora daquele orçamento. Já que ele foi previsto, todas as verbas orçamentárias são necessárias ao planejamento...Então, quando essa crítica, me parece, tem uma certa pertinência, por causa desse limite que é posto a priori, de você não poder sair desse orçamento; se você pudesse tirar o saco de dinheiro de outro lugar para garantir para a saúde até seria diferente, mas como você tem um orçamento próprio, quando você gasta um dinheiro com decisão judicial você não acha que tem um impacto na política que está sendo executada?

Olha, na política tem impacto. Mas pelos meus 74 anos, só vai ter impacto no que interessar a política do chefe do executivo, que é o prefeito, o governador, etc. Então, tem a verba para a saúde. Quem votou a verba? Foram os vereadores lá para o prefeito, os deputados para o governador, e tal e coisa e etc. E daí? Se estourou a verba ele tem a desculpa que foi estourada por determinação judicial. Por exemplo, lá em Lagoa Santa, eu estou lá, se você tiver qualquer probleminha, não perca tempo, corra para Belo Horizonte; se você tiver um problema, na Serra do Cipó, e você passar lá na porta do hospital, nem pare, para não perder tempo.... Então aqui é assim; você conhece a música do prefeito aqui? Se você quiser eu vou cantar para você ver, está lá... (J1, 08/02/2012)

J1 deixa claro que quem aprova orçamento da saúde é o legislativo seja este municipal, estadual ou federal. A ação judicial para ele é uma justificativa que o gestor pode utilizar para manejar dinheiro previsto para outra ação governamental e utilizá-la na saúde. Resumindo, o mexer ou não no orçamento é algo que dependeria integralmente do interesse do chefe do Executivo. À reação do entrevistador à resposta acima, J1 corrige o sentido da ação, ou seja, ele dá a ela uma nova interpretação: “o que você não pode é estourar o orçamento que você recebeu; mas pode manejar...”

Na realidade, J1, na sua condição de aposentado, nos colocava o que ele fazia na sua prática passada. A forma como ele concebia o gesto de um gestor que, em outra ocasião é interpretado como desvio de recurso, para ele não era nada de anormal. Tratava-se de algo que naturalmente poderia ser feito e remanejado, sem nenhum constrangimento, pelo gestor público e, para isto, bastava que ele tivesse maioria nas câmaras e nas assembleias, que aprovariam o orçamento e aliviariam a gestão. Na sequência de sua narrativa J1 esclarece com detalhes como essas coisas, na sua visão, aconteciam. Mais uma vez reagiu à indagação do entrevistador que lhe fez a seguinte observação:

Entrevistador: Esse remanejamento! Você tirar um dinheiro que seria para uma política pública coletiva? Agora fazem uma previsão, na rubrica, só para cumprir decisões judiciais...

Tudo bem. Olha, o que tem que ser feito é o seguinte: um prefeito, na hora vê que o trem está fedendo, tem que pôr os vereadores para frente. Os vereadores resolvem o problema, cai todo mundo em cima dos deputados e os deputados vão cair em cima do governo ou tem que cair em cima do governo federal. Você vê, agora, são 20% do orçamento brasileiro, mais de cem bilhões de reais. Você sabe o que é cem bilhões de reais? A presidência não tem que prestar conta dele? Cadê esse dinheiro? Está no seu bolso aí? No meu não está. Então, sabe, toma vergonha na cara.... Sem educação esse país não vai para adiante; agora está vindo um colosso de gringo para cá, que bom, os gringos são capacitados (...). Na hora que o trem fede, o mundo é assim! Sempre foi assim (...). É briga econômica (...). Agora, que eu posso te garantir que a laranja tem muito caldo para espremer... (J1, 08/02/2012)

J1 tomava completa distância da gestão pública e descrevia como achava que teria de ser feito quando o Executivo se visse pressionado a utilizar recursos que não estavam previstos no orçamento. Para J1 os gestores em municípios, estados e União teriam que articular os poderes que aprovam as leis e fazer com que se locomovessem. O desembargador sintetizou em uma frase que esse não era um problema do Judiciário, a briga era econômica. Ao se referir aos 20% do orçamento da seguridade que pode ser usado pelo governo federal, J1 tocava em um tema altamente controverso: a Desvinculação de Receitas da União (DRU) que é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as

contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social (Contribuição sobre a folha de salários, Cofins, Contribuição sobre o lucro líquido (CSLL) e PIS/PASEP), as quais representam cerca de 90% do montante desvinculado.<sup>41</sup> Diante da resposta, o entrevistador indaga-o se, face ao grande impacto que a DRU pode provocar no orçamento, se haveria possibilidade de o Judiciário controlar esse tipo de decisão:

Controlar, nunca. O judiciário não vai controlar. O judiciário não vai usar o verbo controlar. O judiciário vai decidir, se tiver que decidir para baixo ou para cima. Controlar, não. Ele não tem essa função. E outra coisa, ele está pouco somando para isso. Ele está pouco somando (...). Não falam que o Brasil é a quinta potência, que é isso e que é aquilo!? Na prática você não está vendo isso e não precisa de ir longe da capital não. (J1, 08/02/2012)

A posição de J1 não representa a visão que muitos magistrados tinham naquele momento em que realizávamos a entrevista com ele. A mobilização que ocorria em Minas Gerais, como foi mostrada, em capítulos anteriores, já trazia uma outra posição. Aos poucos, o Judiciário incorporava a ideia de que não podia desconhecer o que acontecia no Executivo, ou mais, precisamente, no orçamento do Estado. J1 dizer que estava “pouco somando com isso” constituía-se uma visão, no mínimo, ultrapassada. Vejamos como o juiz de primeira instância se posicionava sobre o assunto. É claro, a sua narrativa não representa, também, uma unanimidade, mas incorpora uma nova percepção. O Judiciário vivenciava os impactos que as ações judiciais produziam na política pública de saúde, assim não estaria imune às transformações que se exigiam não apenas do Executivo e do Legislativo, mas também da sua posição, da forma como as decisões eram tomadas.

Entrevistador: O que a judicialização de saúde interferiu na sua prática como magistrado?

A judicialização, num primeiro momento a gente fazia uma leitura muito constitucional da matéria, até de forma simplória. Começamos a ficar preocupados, levamos à prática uma preocupação que remete à profundidade da matéria sobre funcionamento dentro da carreira, que é muito importante para, na nossa carreira, entender esse direito social é fundamentado na constituição federal. E isso me levou a uma preocupação muito grande no que a leitura disse. Nós temos um direito assegurado à população toda. E qual o alcance disso? Então, para mim foi muito

---

<sup>41</sup> Vale lembrar que esse procedimento foi criado em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE). Essa desvinculação afetou o Orçamento da Seguridade Social, pois 20% passaram a ser desobrigados de aplicação na saúde, previdência e assistência social. No ano 2000, o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União. Na prática, permite que o governo aplique os recursos da seguridade social em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>

importante...preocupar com o acesso e me preocupar também que esse acesso fosse de forma qualitativa, tanto no sentido de fornecer os medicamentos como também ter algum rigor técnico/jurídico de quando é possível esse acesso. Porque a gente tem uma ideia às vezes, de que medicamento, embora seja um direito social fundamental, universal, igualitário, integral, mas essa integralidade, ela deve ter os limites dentro da medicina baseada em evidências, e a preocupação que mais me acentuou dentro disso foi isso. (J2, 24/03/2014)

Entrevistador: Desde o início?

Sim. (J2, 24/03/2014)

A ruptura com o discurso anterior mostra uma mudança geracional na forma de tratar um tema novo, sobre o qual, aqueles que atuam no Judiciário têm de dominar e terão que se adaptar aos desafios impostos pelas transformações vividas na sociedade atual, em que as pessoas têm consciência dos direitos fundamentais que precisam ser respeitados. Comparando as duas narrativas, fica claro que uma coisa é pensar soluções para a judicialização da saúde tendo como estratégia o manejo político do gestor, que convenceria os legisladores a aprovarem as suas decisões ou a concederem o uso deliberado da Desvinculação de Receitas da União (DRU); outra coisa, é entender que uma parte da solução, no Judiciário, começaria quando este reconhece que é absolutamente principiante no tema e que, para conseguir tomar decisões menos desastrosas, terá que mergulhar no âmago da questão, para que possa chegar à profundidade da matéria. Mas o rigor ao qual o entrevistado se refere não se reduz à área jurídica especificamente. A nova geração de juízes tem sido desafiada a incorporar em seu repertório profissional um outro tipo de conhecimento que é considerado fundamental para qualquer juiz tomar a decisão se concede ou não um medicamento que foi judicializado. A evidência oferecida pela medicina (DIAS; SILVA JUNIOR, 2016). Na sequência, J2 incorpora essa temática nas suas justificativas.

Entrevistador: E na sua opinião, o que gerou a judicialização da saúde?

Na verdade, ela foi gerada e existe ainda e não vai acabar, enquanto o Estado brasileiro realmente não permitir que tenhamos esse acesso universal, integral e igualitário. Essa integralidade não está sendo cumprida ainda. O fato é que o Estado, às vezes por deficiência de organização administrativa, às vezes por falta de dotações orçamentárias, não consegue suprir as necessidades da população. Mas isso na verdade, os gestores ainda não compreenderam que a Constituição Federal assegurou esse direito. Gostando ou não gostando, esse direito constitucional foi implantado e não tem como recuar; a não ser que se mude a Constituição Federal, se mude de forma profunda a Constituição para dizer que esse não é um direito integral; e o Supremo Tribunal Federal falou que esse direito é integral, para acesso a qualquer tratamento, medicamento, dentro da medicina baseada em evidências. Então, isso não está sendo cumprido pelo Estado ainda. (J2, 24/03/2014)

A forma como J2 introduz a integralidade do direito ao medicamento, recorrendo a um conceito desenvolvido pelo mundo da ciência, que atua por meio de outras lógicas, as quais não estão diretamente vinculadas com as da jurisprudência, revela que a Medicina Baseada em

Evidências (MBE) penetrou de vez no discurso do Judiciário e, hoje, faz parte do vocabulário da área, como uma espécie de senso comum.

Na análise buscou-se explorar um pouco mais esse discurso, pois o mesmo está indiretamente relacionado, ao tema da pesquisa. MBE, como definiram os seus idealizadores seria um novo paradigma para a prática médica. Esse paradigma foi criado e incorporado na formação médica para sistematizar alguns procedimentos pedagógicos, que alguns formadores desenvolveram em suas aulas práticas com estudantes que se preparavam para trabalhar na clínica médica. No final da década de 1930, já se contava com relatos de profissionais que começavam a perceber que as suas decisões individuais no tratamento com seus pacientes seriam melhor embasadas no conhecimento obtido por estudos de coletividade, ou seja, em amostras populacionais. Alguns textos históricos registram que é, nessa época, que professores de prática médica da Havard University começam em suas aulas a associar a epidemiologia com o raciocínio clínico. Entendiam que precisavam levar os estudantes a aprenderem medicina dessa forma, associando as suas práticas a ensaios clínicos que vinham sendo realizados em diferentes centros de pesquisas. Assim conseguiriam combater a dicotomia que se criara na formação médica entre a epidemiologia e a clínica médica. Enquanto epidemiologistas eram vistos como teóricos puros, os clínicos não viam valor nenhum nas teorias epidemiológicas e, ainda, pautavam exclusivamente, nas suas práticas cotidianas, sem nenhuma comparação com o que os ensaios clínicos validavam ou não, em termos de tratamentos médicos (GUYATT *et al*, 1992).

Foram essas experiências de combate à dicotomia supracitada que levaram, em 1992, David Sackett e seu grupo da Universidade de McMaster no Canadá a cunhar o termo MBE. O que Sackett e seu grupo esperavam conseguir aplicando em suas aulas o referido paradigma? Primeiro que os estudantes, futuros clínicos, conseguissem definir claramente o problema dos seus pacientes; que buscassem informações necessárias para resolver o problema; que realizassem uma pesquisa eficiente na literatura sobre a doença a ser tratada e acompanhada; que selecionassem os melhores estudos encontrados e que aprendessem a aplicar as regras das provas que foram feitas pelos pesquisadores para determinar a validade de suas descobertas e inovações. Sackett e seu grupo esperavam ainda, que os estudantes fossem capazes de apresentar aos colegas, de forma sucinta, o conteúdo dos artigos dos ensaios clínicos estudados e, por fim, extraíssem a mensagem clínica e aplicassem ao paciente que estavam acompanhando junto com seus supervisores de estágio (GUYATT *et al*, 1992). A equipe de Sackett entendia que, além dessas evidências, uma boa compreensão da fisiopatologia era necessária para que os

estudantes conseguissem interpretar e aplicar os resultados dos ensaios clínicos em suas práticas.

Quando esse paradigma chega ao Brasil, no final da década de 1990, se expande em algumas universidades tal como registram Atallah e Castro (1998). Observamos que no contexto da judicialização da saúde, acontece uma reinterpretação com um significado diferente. Não se trata agora de um paradigma voltado para formação de clínicos na área da medicina, mas, sim, como um roteiro do qual se extraem uma série de procedimentos, os quais deverão compor as prescrições médicas quando estas são utilizadas em ações judiciais da saúde. O paradigma da medicina baseada em evidências aparece em muitos estudos sobre a judicialização da saúde, com significados muito diferentes. Clenio Jair Schulze (2016), juiz federal e professor da Escola de Magistratura de Santa Catarina, começa seu artigo intitulado “Medicina Baseada em Evidências” situando o novo sentido que o fenômeno da judicialização da saúde traz diretamente aos operadores do Direito. Segundo o autor, o referido fenômeno impõe uma leitura e uma interpretação interdisciplinar, sobretudo, no momento em que os juízes se deparam com a questão de definir que critérios eles adotariam na decisão judicial. É nesse momento que a MBE entra na sua justificativa. Schulze (2016) atribui a esse paradigma, criado inicialmente para formar médicos clínicos, uma outra definição que o transforma em um forte instrumento para decisão sobre as demandas em que são solicitados medicamentos, tratamentos, próteses e outras tecnologias. Schulze e Gebran Neto (2015), atribuem a MBE um outro significado. Este não é mais apresentado como um paradigma, mas, sim, como:

Uma técnica específica para testar com o maior grau de certeza a eficiência, efetividade e segurança os produtos, tratamentos, medicamentos e exames que foram objetos de diversos estudos científicos de modo que os verdadeiros progressos das pesquisas sejam transportados para as práticas (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2015)

Como vimos na análise dos advogados particulares (A1 e A2), os mesmos perceberam que para entrar com uma ação e ter sucesso no Judiciário, os médicos têm que apresentar um relatório justificando as razões que os levaram a prescrever esse, ou aquele medicamento/tratamento. Embora nas entrevistas anteriores os profissionais falassem dessas exigências que os juízes têm feito para começar a examinar a ação, nem sempre a classificavam como MBE. Descreviam apenas o relatório médico, sem o qual, a ação não teria continuidade. Como se pode ver nas obras acima, as quais foram escritas por magistrados, surge uma nova geração que começa a incorporar outras concepções da MBE, ao ponto de vê-la como um instrumento que pode reduzir a judicialização, aprimorar as decisões judiciais e até mesmo impedir o assédio das indústrias farmacêuticas (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2015).

Retomando a narrativa de J2 sobre o tema, o juiz aponta:



O poder judiciário ainda está incipiente, de maneira geral. Ainda não compreendeu como funciona a questão de saúde pública. Quando lhe digo que temos uma universalidade de acesso e integralidade de tratamento, a *medicina baseada em evidências*, nós precisamos pensar em saúde pública dentro da *medicina baseada em evidências*. Não podemos pensar em conceder procedimentos que não acham *evidências científicas*. O Estado não pode ficar fazendo experiências, não tem como ficar fazendo experiências com o dinheiro público. Esse é o poder dos laboratórios de fazer experiências, mas não com o dinheiro público. A *medicina baseada em evidências* é que deve abarcar. Mas, eu falo em *evidências científicas* dentro de levantamentos internacionais e nacionais que nós temos. Falo dos institutos que fazem levantamentos, institutos independentes. Nós sabemos que o governo, quando faz levantamentos e incorporações, ele sempre faz uma análise de custo, custeio. E quando tem um estudo independente e autônomo, aí não tem como recusar (...) do outro lado, o que o judiciário não compreendeu ainda, é que morremos, morremos de morte natural. Até um livro interessante de Elizabeth Kübler-Ross, ela trata muito bem disso, que a gente tem que ter essa compreensão, que existe morte natural, as pessoas envelhecem, ficam doentes e morrem; não existe milagre para tentar, e às vezes você tenta isso. Então, a evidência, se eu pensar *em saúde dentro da medicina baseada em evidência, eu estou cumprindo um mandamento constitucional*, a constituição não nos autoriza a fornecer medicamentos e procedimentos onde não haja *evidencia científica*. (grifos do pesquisador) (J2, 24/03/2014)

Nesse discurso os grifos foram feitos para mostrar a força de dispositivos que moldam as mentes e geram as representações sociais (MOSCOVICI, 2003). Esse trecho ajuda a entender os sentidos e significados, construídos por J2, sobre os conteúdos a partir das interações com as demandas em saúde, as quais precisam estar presentes na decisão do magistrado. Na perspectiva interacionista simbólica representariam os significados gerados a partir da interação social com o mundo (BLUMER, 1980). O magistrado com o dispositivo da MBE constrói uma análise crítica sobre as ações judiciais. Porém o Judiciário, na percepção de J2 ainda não compreendeu como a área da saúde funciona. Mais precisamente, uma vez tendo acessado um conhecimento que não lhe era familiar, o Judiciário, na concepção de J2, estaria com dificuldades de compreender o que irão propiciar as evidências científicas. No primeiro momento, ele descarta a possibilidade do Estado se encarregar dessa missão. Usando suas próprias palavras: “o Estado não pode ficar fazendo experiências, com recursos públicos”. Nessa mesma sequência, J2 reconhece que essas evidências estão em poder dos laboratórios farmacêuticos, no caso dos medicamentos. Logo, quando os juízes instituíram como exigência para dar continuidade à ação judicial a existência de um relatório que mostre as evidências científicas, os mesmos teriam consciência de quem produz as evidências?

J2 agrega em sua narrativa que as evidências científicas, no seu entendimento, deveriam ser fornecidas por institutos internacionais e nacionais, em geral autônomos e independentes. E, deixa claro que isso tem um custo para o Estado, os gestores, nesse sentido, devem calcular o quanto esse levantamento representa aos cofres públicos. No final de sua narrativa, J2 faz referência à obra de uma escritora e médica psiquiátrica para extrair dela o ensinamento que,

segundo ele, o Judiciário não possui. Sua obra com o tema referido por ele foi traduzida no Brasil em 1996, com o título: “Sobre a Morte e o Morrer”, e com um subtítulo extremamente sugestivo: “O que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos, e aos seus próprios parentes”. Como se viu, J2 introduziu na lista de possíveis discípulos da autora, os magistrados. As decisões judiciais no campo da saúde podem interferir para salvar e preservar a qualidade de vida, mas a morte faz parte desse universo também. Se não houver evidências científicas que permitam ter conhecimento se o cenário terminal irá se modificar, como J2 diz: “a constituição não nos autoriza a fornecer medicamentos e procedimentos”. Em suma, tanto J2 quanto os seus colegas, magistrados, autores das duas obras acima analisadas, utilizam a MBE para tomar decisões quanto ao processo judicial que ele tem de deliberar.

Buscou-se problematizar essa posição tão deliberada de considerar a MBE como uma solução única para resolver a questão da judicialização e do assédio das indústrias junto ao meio médico e aos escritórios de advocacia. Por meio da MBE, nasce no imaginário do Judiciário, a crença de que apenas por intermédio do raciocínio científico será possível resolver problemas sociais e políticos. A diferença entre o uso dessa crença no passado e o que dela se faz hoje no campo da judicialização da saúde pode ser resumida da seguinte forma: a MBE no seu nascedouro tinha como foco a formação na área clínica da medicina e agora, o objetivo é também assessorar o Judiciário, ou mais precisamente, aos magistrados para que estes tomem a decisão mais acertada com base em critérios que se supõem neutros e racionais. Essa mudança de direção do paradigma tem sido feita com apoio da universidade e de centros de pesquisas que necessariamente não estão vinculados à universidade.

Mas a análise da MBE precisa ser mais crítica. Buscou-se na literatura autores que analisaram o tema de maneira mais aprofundada. Um exemplo desses estudos foi realizado por Eduardo Conte Póvoa (2002), no qual faz uma leitura densa acerca da racionalidade médica que está embutida no paradigma da MBE. Os magistrados que queiram utilizar esse modelo para tomar decisões judiciais como foi narrado por J2, em tese, deveriam conhecer os meandros do referido paradigma para atuar. É isso que Póvoa (2002) apresenta em sua dissertação de mestrado. O autor destaca que a MBE se construiu com base na biomedicina, amparada na racionalidade médica, definida pelo autor da seguinte maneira:

O termo racionalidade médica, é utilizado para denominar o tipo ideal (no sentido weberiano) de uma determinada medicina, e no caso da medicina ocidental contemporânea alopática, reúne as principais características da prática biomédica, incluindo as formas e modelos do agir e pensar médicos, predominantes neste campo. A estruturação desta racionalidade possui bases políticas e históricas, fundamentais para a sua compreensão. É abrangida por toda uma cosmologia, e constituída basicamente de um sistema lógico-operacional que inclui estes cinco principais

elementos: anatomia humana; fisiologia humana; um sistema de diagnósticos; um sistema de intervenções terapêuticas; e uma doutrina médica (PÓVOA, 2002, p. 15)

O autor destaca as heranças teóricas da biomedicina com as características da objetividade e mecanicismo. Foi por meio desse modelo, que se produziu um repertório significativo do conhecimento médico e se orientou uma boa parte das decisões tomadas na prática clínica. É neste contexto, segundo Póvoa (2002), que começa a se acumular o arsenal terapêutico que foi se expandindo ao longo dos séculos e, ainda, se formularam os dispositivos de diagnósticos usados na clínica médica. Tanto na aplicação do paradigma à educação de novos médicos ou para subsidiar a decisão de juízes nos tribunais, na leitura crítica apresentada por Póvoa (2002), pode-se dizer que, em ambos os casos, o seu destino é moldar as análises, com base em critérios científicos.

Sobre o tema Santos e Pinho (2012) mostram a desigualdade que existe entre a produção de evidências por parte das indústrias nacionais e as internacionais. Estas últimas são as que investem maciçamente em pesquisas para produzirem evidências científicas que podem inclusive direcionar políticas públicas de saúde. Aliás, seriam as que sustentam a lógica da MBE. Desse modo, o Judiciário não pode perder de vista, que as evidências podem ser produzidas por agências com interesses muito diferentes que, na maioria das vezes, não estão explícitos, pois se escondem sob a capa da neutralidade científica.

Diante do tema da judicialização, acrescenta-se mais um ponto que pode comprometer a decisão judicial. Estudo realizado na França, pela revista *Prescrire*, avaliou os novos fármacos em um período de 28 anos. Considerando 3.322 itens e novas indicações terapêuticas, mostrou-se que 63,1% foram considerados sem nenhuma inovação, também denominados *me too*. Apenas 2,7% representavam avanços terapêuticos. Em pesquisa realizada na Alemanha, pela ONG Buko Pharma- Kampagne, destacou-se que entre 843 medicamentos produzidos por indústrias alemãs, inclusive comercializados no Brasil, 40% foram considerados irracionais, ou seja, o uso não era recomendado e apenas 27% seriam essenciais (HOEFLER; SALGUES, 2010). Fica clara a lição que esses estudos podem dar para os que têm em suas mãos um processo de decisão, se um medicamento deve ou não ser fornecido. Quando J2 fala de MBE teria que ampliar o seu olhar para isso que os autores mostram sobre as avaliações sobre os medicamentos inovadores. J2 falava da fragilidade do Judiciário para dar conta do desafio que é lidar com a judicialização na área de medicamentos, essas informações acerca de avaliações que as indústrias farmacêuticas recebem, inclusive em seus países de origem, podem também servir como evidências científicas.

Embora se tenham destacado, na análise acima, os cuidados que precisam ser tomados quando se coloca a MBE no topo das decisões judiciais, não se quis com isso diminuir a importância desse paradigma quando utilizado com todos os cuidados críticos que merece. Ao contrário, é preciso continuar reformulando-o e adaptando-o às transformações pelas quais a sociedade passa. Não se pode desconhecer que a implantação desse paradigma acontece em um contexto extremamente conservador e retrógrado, que foi apresentado por J1, quando praticamente mostrou não querer ampliar o debate para fora do ambiente Jurídico. Além disso, quando o fez foi com uma visão centrada na perspectiva da manipulação política como forma de controlar as ações judiciais integrando Executivo e poder legislativo.

Na última parte de sua narrativa, J1 continuava com a ideia de que não cabe ao Judiciário avaliar as ações judiciais, tendo como um limitador o impacto dessas ações no orçamento da saúde. Menos ainda, para ele, o judiciário não deveria se preocupar com as questões técnicas e científicas do problema. Aliás, em sua narrativa esses termos não aparecem em momento algum. O que J2 chama de evidências, entende-se que J1 chama de fato jurídico. Para ele, fato é compreendido na dimensão eminentemente jurídica:

Entrevistador: No caso, as decisões judiciais que deram direito às pessoas receberem a insulina, acabou derivando um direito para todo mundo, o estado agora concede para todo mundo. Pensando especificamente nos limites do judiciário, dentro dessa perspectiva de separação dos poderes, e dentro desses pedidos, o que você acha do que o judiciário pode efetivamente fazer?

Vou repetir a sua pergunta pegando uma pinça aqui da resposta que eu dei para ela; o judiciário pode fazer tudo. Tudo o que o fato acontecido exija. Você não pode condenar ninguém que não tenha crime, sem que o fato judiciário exista. Só que tem que, quem cria a lei não é o judiciário. Quem cria lei é o legislador; olha só a porcaria que esses vereadores fizeram. Eles não podem fazer isso! Agora eles querem um calaboca, cala boca de quem? Isso sempre é votado no último mês de término de mandato para outro. Bom, aí, o que acontece? Você está fazendo farmácia... (J1, 08/02/2012)

À primeira vista tem-se a sensação de que a resposta de J1 é ambígua. Inicialmente, o desembargador diz que o Judiciário pode tudo. Mas é um tudo dentro das regras estabelecidas exclusivamente para ser aplicada no mundo jurídico. J1 expressa com muita força como um interprete da lei, no caso um magistrado, constrói a jurisprudência. Mas quem faz as leis não são eles, são os legisladores, no caso, deputados e vereadores. Nesse mundo, de acordo com a sua fala, parece não caber de forma alguma condutas pautadas em evidências científicas. Ali, na sua concepção, as regras que regem são pautadas em interesses corporativos. A análise de sua narrativa ganha um peso diferenciado, em comparação com a narrativa do J2, em função de ele ter sido um juiz de segunda instância. Na hierarquia do Judiciário, que é respeitada rigorosamente, isso é muito relevante, como dito acima ao apresentá-lo. Exatamente, pelo fato

de estar na segunda instância, com poder de mudar a decisão de um colega de primeira instância, caso o julgado contestasse a decisão do juiz em posição inferior na hierarquia.

O entendimento de J1 sobre o fato jurídico é explorado em um exemplo fora da judicialização da saúde, mas que ajuda a ilustrar:

Agora eu vou dar uma explicação jurídica. A lei tem que acompanhar o homem, o fato jurídico, o fato civil. Ela tem que acompanhar o fato civil. Quanto mais formidável for o negócio da lei, o escrito da lei, o objetivo da lei (...). Mais perto se fica do fato. Aconteceu o fato, como a Lei Maria da Penha. A lei saiu logo (...). Mas para acontecer a Lei Maria da Penha, o que teve de mulher que a gente fica sabendo, lá no fórum. Ufa! Eu não mexia com esse crime, mas você ficava sabendo, no café dos colegas. Você fica sabendo (...). Então, o fato tem que estar perto, pode não estar na frente; mas tem que estar pelo menos por perto! Você nunca viu uma lei antes do fato. Agora por exemplo, mataram aquele sujeito que esfaqueou a mulher toda (...) com todo o respeito à mulher, ele devia ser o seu gigolô, porque, ela ganhava bem (...). Mas foi burro, morreu lá no motel com a mesma faca que ele esfaqueou a mulher (...). Agora, você veja uma coisa, esta mulher pediu garantia. Agora você fica sabendo nesse mundo de coisas que as mulheres pediram garantia. A cabeleireira que levou uns tiros pediu garantia. Quer dizer, pedir garantia e ter garantia é nada, eu só sei de um caso que tem garantia, que estão a fim de matar ele, é aquele safado do sujeito de Brasília, que deu aquelas entrevistas todas, que filmou aquele pessoal todo, estão a fim de apagar aquele arquivo. Mas lá a Polícia Federal tem o maior interesse, porque aquilo ali tem político envolvido. A mentalidade hoje é essa: você vem e diz: “ah, o deputado fez isso”, “o senador fez isso” aí você vai descendo “o governador fez isso, ” abre-se um parêntese, o governador de Minas agora fez uma lei da ficha limpa. Aquele vagabundo daquele deputado que fez aquele castelo (...) já puseram ele na rua na mesma hora. Então, você vê, chega num soldado, num guarda de trânsito, todo mundo sabe disso e quando um sujeito acha um dinheiro e devolve, sai na televisão, no Fantástico... (J1, 08/02/2012)

J1 anuncia que o fato jurídico seria o objeto e suas características. É a partir deles que vai se adaptando a lei, considerando as particularidades do fato. O processo proposto é concomitante, o fato jurídico emerge quase que concomitante com a própria lei. Quanto mais ampla ela for, mais repleta de detalhes estiver, melhor leitura se fará do fato jurídico. O exemplo que J1 traz com a Lei Maria da Penha explicita claramente o paradigma defendido por ele. A lei só aconteceu, para usar a expressão dele, porque muitas mulheres agredidas chegaram ao Judiciário. J1 descreve a entrada da Lei Maria da Penha como acontecimento que aos poucos vai fazendo parte do setor judicial. Da sua fala deduz-se que poderiam existir juízes que nunca tiveram que lidar com esses casos de violência da mulher. O mesmo pode ocorrer com a

judicialização da saúde. Muitas ações podem ser mal conduzidas por desconhecimento dos magistrados. Se a lógica proposta por J1 serve para as outras áreas, pode-se dizer que os ajustes que a legislação vem fazendo para responder à ação judicial em saúde visam conseguir encontrar um equilíbrio que permita atender ao paciente e, ao mesmo tempo, tentar não desorganizar as políticas públicas e diminuir o impacto sobre os cofres do Estado. Por fim, J1 finaliza a sua narrativa penalizando a mentalidade brasileira, colocando-a como a responsável pelo completo esvaziamento da autoridade no país. Como as escolhas do Executivo e Legislativo são feitas pelos brasileiros, cuja maioria, na visão de J1, seria conivente com essa ruptura constitucional. De certa maneira, J1 coloca-se distante dos problemas sociais, como se o Judiciário não participasse do contexto.

J1 e J2 atuaram em momentos diferentes, conviveram com questões públicas de gestões diferentes e vivenciaram choques e embates que marcaram a relação do Judiciário e do poder Executivo. J1 parece não se envolver tanto em razão disso, talvez pelo fato de ser aposentado ou por ser desembargador. J2 como juiz de primeira instância e também por ser mais ativo na busca pelo conhecimento sobre a saúde, se envolve mais com a gestão. Aliás, essa foi a última declaração que ele fez quando pedimos que falasse algo que não havia sido perguntado:

Eu acho que nós já estamos caminhando muito. Em Belo Horizonte, começamos a discutir judicialização trazendo os gestores para discutir com o judiciário. Eu marquei a primeira reunião, particularmente, com um dos juízes da fazenda municipal... Eu fiz uma reunião e convidei o gestor municipal e estadual (...) e começamos, foi a primeira reunião, que me lembro, que sentamos juntos para tentar entender que um distanciamento muito grande (pode ser prejudicial). Hoje, entendo que, depois da criação do comitê da saúde pelo CNJ, foi muito interessante. Nós sentamos magistrados, gestores e técnicos, para discutir, para tentar compreender a saúde... Que o Brasil é o único, nós não temos um paradigma mundial em termos de sistema de saúde semelhante ao do Brasil. O Canadá tem o seu próprio, fala que é integral, mas a integralidade do Canadá é normatização interna. Inglaterra é a mesma coisa, não usa fora. No Brasil não, o fato é que a constituição federal é expressamente falha em integralidade. Nós não podemos por meio de decretos, por meio de lei infraconstitucional, reduzir ou mitigar ou limitar essa integralidade, porque é um direito constitucional. Eu sou muito defensor dos direitos sociais constitucionais, mas não tem como limitá-los de modo nenhum. Na hora que você começa a limitar você começa a permitir que eu permita todo mundo a limitar algum direito social. Então, nós precisamos mudar de paradigma, entender o seguinte, saúde é um direito social fundamental, acesso universal igualitário e integral; e a integralidade é a evidência científica. Estou dentro da evidência científica da integralidade. Sempre pensando, quando falo em integralidade não falo em conforto, que é outra história. Se eu quero conforto, quero ter um apartamento tranquilo, sozinho, aquele tratamento de luxo, eu pago o meu plano de saúde, eu pago particular. Mas o SUS deve me garantir o acesso ao tratamento e que eu mantenha a minha dignidade. É isso. (J2, 24/03/2014)

Reproduziu-se na integralidade a última narrativa de J2 porque a mesma preenche lacunas que podem ter ficado, em razão de se buscar na tese a percepção dos atores da judicialização sobre a interferência das indústrias farmacêuticas. J2 se mostra um profissional

com muita experiência e envolvimento e, conseqüentemente, com posições já trabalhadas sobre o tema estudado.

Como se trabalhou com a perspectiva do Interacionismo Simbólico buscamos captar as teorias que os atores estavam produzindo sobre a judicialização da saúde, tendo como pano de fundo suas experiências e seus entendimentos sobre o fenômeno. Algo relativamente novo frente ao qual tiveram de atuar, por força da realidade que se impôs ao Brasil pós Constituição de 1988, com a ampliação dos direitos sociais. O surpreendente nos atores entrevistados (J1 e J2), que os unifica de certa forma, é que nenhum deles tinha como sonho atuar na judicialização da saúde. A matéria é que se apresentou para cada um e não tiveram escapatória.

Optou-se na análise das narrativas ater-se à forma como eles próprios construíam os seus conceitos. Nas narrativas de J1 estão presentes temas que tiveram forte apelo em determinados momentos históricos e continuam arraigados em muitas das nossas interpretações, relativas à forma de pensar a política de saúde no Brasil. Praticamente, na sua narrativa J1 deixa claro que as preocupações que levávamos a ele, para discutir o rombo que as ações judiciais (entre as quais ele deu ganho de causa para o paciente), não eram para serem discutidas com ele, mas com o poder legislativo, pois vem daí a decisão sobre o orçamento, a autorização para os chefes do executivo usarem recursos que não estavam previstos no orçamento. Logo, o Legislativo é que teria de dar a solução para o rombo que a judicialização da saúde produz. J1 via esse procedimento como algo natural. Aliás, ele contestava naquele momento o uso, que nós pesquisadores fazíamos da palavra rombo. Ele a substitui pela palavra manejar. Ele faz todas essas observações com base na Constituição. Esta permitiria que o Legislativo fizesse essas alterações. Mas J1 deixa claro também que para o gestor conseguir realizar seus projetos era preciso maioria política nas suas câmaras. O rombo no orçamento teria que ser resolvido politicamente, no entendimento de J1.

J2 modifica toda essa linha de argumento e coloca o foco da atuação dos magistrados na articulação com os gestores. Nesse sentido, na sua narrativa, aponta o fato do Judiciário ser o segmento da República mais permanente, enquanto o legislativo e executivo são mutáveis e inconstantes e, por isso, essa articulação seria importante. A posição de J2 é algo que tem acontecido, como se vê em Minas Gerais, com o estabelecimento de Câmara Técnica de Conciliação em Saúde Pública, que busca aproximar a gestão do Judiciário e solucionar as demandas em saúde<sup>42</sup>. Sua fala mostra que ele busca concretamente tratar de outra forma a

---

<sup>42</sup> O Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) assinaram no dia 18 de agosto de 2016, um Termo de Cooperação Técnica com o objetivo de proporcionar a conciliação processual e pré-processual em situações de conflito envolvendo o Poder Público Estadual de Minas

judicialização. J2 foi um dos entrevistados que percebe o SUS como um paradigma de sistema de saúde que garante a universalidade, integralidade e equidade. J2 faz uma leitura mais crítica sobre os princípios constitucionais, dadas as falhas jurídicas que passaram a ocorrer, sobretudo, na era da judicialização da saúde. O tema que deixou enunciado em sua última fala foi dos limites da integralidade. A integralidade é direito constitucional. Na concepção de J2, precisamos mudar o paradigma e entender o seguinte: “saúde é um direito social fundamental, acesso universal igualitário e integral; e a integralidade é a evidência científica. Estou dentro da evidência científica da integralidade”.

Embora não sejam conclusivas, as narrativas dos magistrados indicam que estamos em um momento de transformação. As decisões judiciais tiveram avanços em termos de qualidade, contudo, outros pontos precisam ser ponderados, como o risco do discurso da evidência científica, sem a devida análise crítica.

---

Gerai, nas reclamações relacionadas às questões de saúde pública. Com o convênio, a SES/MG irá disponibilizar dois servidores da área da saúde, nas especialidades médica e farmacêutica, para ficarem disponíveis ao TJMG para prestar esclarecimentos e viabilizar informações sobre as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se construiu a primeira Câmara Técnica de Conciliação da Saúde Pública em Minas Gerais no Juizado Especial Cível de Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.amagis.com.br/plus/modulos/noticias/ler.php?cdnoticia=21466>. Acesso em 14 de janeiro de 2017.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese foram construídos a partir de uma análise qualitativa que teve como fonte principal as narrativas de atores que atuam no cenário da judicialização da saúde e desenvolvem na prática papéis interconectados, cujos conteúdos foram revelados ao longo do estudo. Dois médicos, dois advogados, um promotor, um defensor público, um gestor e dois magistrados (juiz e desembargador), todos com experiências intensas relacionadas a ações judiciais em saúde. Mostraram-se, de certa forma, familiarizados com o conceito de judicialização, o que, de um lado facilitou enormemente o contato e criou o clima necessário para se aplicar o Interacionismo Simbólico como procedimento metodológico. No entanto, também criou uma série de armadilhas que, na primeira etapa da pesquisa, no mestrado, não foi possível apreender com a análise quantitativa do fenômeno da judicialização (CAMPOS NETO *et al*, 2012). Na revisão bibliográfica realizada para a tese foram selecionados e avaliados um número significativo de trabalhos, entre artigos, dissertações e teses apresentados desde o início dos anos 2000, que dão conta de um cenário de extrema complexidade para as ações judiciais na saúde. Pela pluralidade desse contexto, buscou-se compreender o significado que cada um dos atores entrevistados davam ao termo judicialização. Na análise desenvolvida sobre as narrativas de cada um deles, fica claro que, hoje, quem entra para esse mundo tem que atravessar as fronteiras do conhecimento.

Após finalizar a pesquisa e análise dos resultados, torna-se evidente a complexidade do fenômeno da Judicialização da Saúde. O pressuposto inicial de interferência da indústria se materializou nas narrativas dos médicos, supostamente os atores que estariam mais envolvidos com esse segmento, mas, principalmente, nas representações construídas por representantes jurídicos, gestor e magistrados. Para além do fenômeno da judicialização da saúde foi possível constatar que a indústria farmacêutica incorporou de tal maneira esse novo segmento da saúde, que parece razoável admitir que o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), tem um novo e proativo elemento, o Judiciário.

Apesar dos defensores da separação dos poderes insistirem que o papel de garantir o direito à saúde e a dignidade humana é o ponto central das intervenções do Judiciário, quando está envolvido o mercado farmacêutico, extrapola-se esse cenário e o que temos é uma conjunção de elementos que articulam interesses econômicos, muitas vezes, nichos de mercado. Tais nichos envolvem não apenas o mundo farmacêutico e a indução de consumo para novos medicamentos, como também incorpora, como visto na tese, o segmento advocatício, que passa a se promover a partir das vitoriosas demandas em saúde. E, aqui, é interessante assinalar que

o presumido acesso pela via judicial a medicamentos, equipamentos e insumos em geral, são comemorados pelos atores como a conquista de meros bens/produtos/mercadorias e não como direito social. Também constatamos que os próprios profissionais da saúde e pesquisadores que poderiam ser balizadores para qualificar as decisões judiciais, podem ter percebido que uma nova forma de garantir emprego e angariar recursos se apresenta, seja sobre a forma de apoio técnico direto aos tribunais, defensorias, promotorias públicas ou pela produção de pareceres técnicos para respaldar os atos dos operadores do direito. Nesse contexto, também temos a universidade, que se mostrou como uma possibilidade de “salvar” o Judiciário de decisões equivocadas, mas que, de certa maneira, se coloca como fornecedora de um produto denominado expertise técnica. A MBE tem sido utilizada como dispositivo para a decisão de uma boa parte do Judiciário. Magistrados que, ao longo de suas formações acadêmicas e depois em sua atuação profissional, tiveram que agregar ao sagrado princípio do fato jurídico, conceitos cientificistas oriundos da área médica. Hoje parece difícil desvincular a medicina baseada em evidências, primeiro da formação de juristas. Dentre eles, alguns acreditam que esse paradigma poderia controlar as estratégias das indústrias, enquanto outros vêm nesse impulso cientificista mais uma das armadilhas que pode estar sendo manipulada pelos laboratórios farmacêuticos, uma vez que se tratam de grandes financiadores de ensaios clínicos no mundo.

Todo esse “novo mundo” criado a partir do fenômeno da judicialização da saúde modificou intensamente as instituições que lidam com a questão. Observamos o investimento da gestão em saúde para ser responsiva à explosão cotidiana das ações judiciais, criando setores especializados, com profissionais que trabalham em função das ordens e dinâmicas judiciais e não pela consolidação e melhoria do Sistema Único de Saúde. Se a questão é cumprir uma ordem judicial, por que envolver tantos profissionais e recursos de uma secretaria de saúde? Não seria suficiente realizar depósitos judiciais e garantir o “produto embalado de direito à saúde” para os beneficiários das ações que, muitos ainda insistem em chamar de pacientes? Não apenas a gestão se mobilizou, os operadores do direito também se aparelharam para encarar esse novo desafio. Nossas Defensorias e Promotorias Públicas se especializaram em saúde, incluíram em seus quadros profissionais de saúde para que tivessem o devido respaldo, seja para buscar soluções administrativas ou para qualificar as ações judiciais propostas. O Judiciário procurou, a partir das Recomendações do CNJ a partir de 2010, se aproximar da gestão e da universidade, em busca do subsídio sobre a política de saúde e a dimensão técnica. As decisões ganharam novas embalagens. Temos hoje Comitês que colocam em roda de debates magistrados, promotores de justiça, defensores públicos, procuradores e gestores da saúde de

União, Estados e Município, representantes do setor privado da saúde suplementar, associações de pacientes, entre outros. Vários fóruns, seminários, congressos nacionais e internacionais foram realizados com o objetivo de compreender o que é esse direito à saúde, como o Brasil se organiza em termos de sistema de saúde e efetivação dessa política pública. Contudo, apesar de ter se criado um verdadeiro sistema jurídico em torno à saúde, a sensação é de que ainda não se sabe para onde ir ou em que lugar se quer chegar.

O volume de processos cresce a cada dia, decisões de melhor qualidade aparecem com certeza, mas ainda convivemos com as coxinhas (salgado típico), sucos de *Cranberry*, desodorantes e vestuário que, supostamente, podem representar a garantia do direito à saúde e dignidade da vida humana. O fenômeno é novo, ganhou corpo efetivamente no final da primeira década dos anos 2000 e, só recentemente, o Ministério da Saúde parece ter se dado conta da sua relevância. Fala-se hoje, aos quatro ventos, que precisamos ter um sistema nacional de controle das ações judiciais em saúde, pois o SUS entrará em colapso com tal crescimento dos gastos para cumprimento das determinações do Judiciário. No entanto, não se diz nada as graves ameaças à consolidação do SUS, após um ajuste fiscal aprovado de maneira abrupta, diante de uma crise que não foi criada pelo setor saúde, evidentemente. Precisamos, afinal, reduzir as ações judiciais pelo aspecto econômico ou por que, do ponto de vista sanitário, geram danos aos cidadãos brasileiros com os seus equívocos? Para frear o crescimento, não gastamos efetivamente mais do que para cumpri-las? A quem interessa a manutenção dessa indústria da judicialização?

Nossa pesquisa teve como pressuposto a possível interferência da indústria farmacêutica na criação de necessidades em saúde e, conseqüentemente, na ampliação das ações judiciais em saúde. Tal pressuposto parece ter se mostrado pertinente nas narrativas dos atores entrevistados. Constatou-se que o CEIS tem um novo componente e com perfil de crescimento talvez superior aos outros que o compõem. Podemos dizer que a judicialização da saúde é mais inovadora do que qualquer prática planejada para o desenvolvimento da indústria nacional. Trata-se de uma “nova indústria nacional”, um novo ramo do mercado, legitimado pelo poder Judiciário, alimentado pelo Poder Executivo e ainda negligenciado pelo Legislativo. A ideia inicial que motivou nosso trabalho, de investigar a influência da indústria farmacêutica e delinear caminhos para se proteger dessa ação e enfrentar de maneira mais efetiva a judicialização da saúde, não parece ser mais o suficiente. Se a indústria era tida como propulsora de ações judiciais e gastos em saúde, temos que mergulhar na análise dos três poderes para saber, qual desses estaria fortalecendo o fenômeno, seja por não construir a política pública, seja por tratar a judicialização de maneira fragmentada e assim não compreender que existe uma

retroalimentação pelos próprios atores envolvidos, seja pela execução do ato de decidir, com uma visão estreita da realidade do SUS.

A percepção de que precisamos compreender a relação dos três poderes com a judicialização da saúde, sem separá-los nesse contexto, pode levar a uma visão macro do fenômeno e as soluções encontradas serem mais efetivas. Mas essa busca pode se dar em um tempo superior ao que o SUS suportaria, visto que muitos querem colocar na conta da judicialização apenas a falha da política de saúde. Atrelada a essa justificativa, pode-se, paradoxalmente, estar a legitimar-se a expansão do leque de formas privadas de prestação de serviços de saúde no país, financiadas pelo mesmo orçamento público, cada vez mais insuficiente, que hoje asfixia a qualificação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Em razão disso, análises dos microssistemas que tem composto a judicialização se tornam importantes, pois podem mostrar as inúmeras variáveis que geraram o fenômeno e promovem seu crescimento exponencial nos últimos anos. Precisamos compreender melhor como as mudanças institucionais na gestão dos serviços de saúde ampliam ou reduzem a judicialização; conhecer como a intervenção de Defensoria e Ministério Público melhoram o sistema de saúde ou tornam-se apenas ambientes de promoção de ações judiciais, como porta de entrada para o SUS. De maneira semelhante, frente à atuação de advogados privados, seria fundamental interrogar a OAB sobre a delimitação ética da prática advocatícia que está aí a fazer escola. Também é preciso ir fundo em como o Judiciário se envolve no fenômeno, o papel tradicional de se colocar distante do caso, considerando apenas o que se lê nas petições e nos pedidos de liminar para decidir, alheio ao impacto no financiamento e estruturação do sistema de saúde, é absolutamente insuficiente. É preciso ainda entender melhor o papel da Universidade e grupos de pesquisa tensionados na cobrança de apoio ao Judiciário ou na compreensão do fenômeno para propor novas soluções para a gestão. Evidencia-se, cada vez mais, a importância em se firmar numa postura crítica que impeça a ambiguidade entre apresentar caminhos para enfrentar a judicialização que causa danos ao SUS ou construir-se um mero suporte técnico-científico para uma espécie de medicalização da justiça, que se arvora como árbitro das necessidades de saúde da sociedade brasileira.

Esperamos, finalmente, que esta tese possa gerar a reflexão não apenas de pesquisadores que trabalham com o tema, mas também de atores (profissionais de saúde e usuários) que diariamente convivem com o desafio de construção de um sistema público de saúde, universal e integral previsto em nossa Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. **Capacitação e atualização para o SUS**. 2 ed. Porto Alegre: CIES, 2009.
- ANDRADE, Eli Iola Gurgel *et al.* A Judicialização da Saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: Gestão da Clínica e da Medicalização da Justiça. **Rev Med Minas Gerais** 2008; 18(46 4 Supl 4): S46-S50.
- ANDRADE, Eli Iola Gurgel *et al.* **Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais**. 2010. Projeto de Pesquisa FAPEMIG – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. 319 p.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 733-736, abr. 2008.
- ARAÚJO, Aline Fernanda da Silva. Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da saúde. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v.3, n.2, jul/set. 2014.
- ARRUDA, Ígor Araújo de. Defensor Público não exerce Advocacia Pública. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3486, 16 jan. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23468/defensor-publico-nao-exerce-advocacia-publica>. Acesso em 30 de novembro de 2016.
- ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 142 p.
- ASSIS, Gilmar de. A ação institucional de mediação sanitária: Direito, saúde e cidadania. Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário / II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v.2, n.2, jul. /dez. 2013.
- ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos-Editorial; 1998. 86p.
- BALESTRA NETO, Otávio. A Jurisprudência dos Tribunais Superiores e o Direito à Saúde- Evolução Rumo à Racionalidade. **Rev. Dir. sanit.**, São Paulo v.16 n.1, p. 87-111, mar./jun. 2015.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284 p.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

BARROSO, Luis Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Rev. Direito Admin**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 1-42, jan. 2005.

BARROSO, Luis. Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Orgs.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 875/903.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **[Syn]Thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 23-32, 2012. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em 14 de setembro de 2016

BATISTA, Almária Mariz; CARVALHO, Maria Cleide Ribeiro Dantas de. Avaliação da Propaganda de Medicamentos Veiculada em Emissoras de Rádio. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.18, n 2, p. 553-561, fev. 2013.

BERMUDEZ, Jorge. **Acesso a Medicamentos. Direito ou Utopia?** Rio de Janeiro: E-papers, 2014.

BERRIDGE, Virginia. History in Public Health: a New Development for History. **Hygea Internationalis** 1999; 1(1):23–36.

BERRIDGE, Virginia. History in Public Health: who needs it? **Lancet** 2000; 356:1923–1925.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, mar. 2016.

BLUMER, Herbert. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. **Teoria da comunicação: textos básicos.** São Paulo: Mosaico, 1980, pp. 119–138.

BOING, Alexandra *et al.* A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. **Rev. Direito Sanit**, Brasil, v. 14, n. 1, p. 82-97, jun. 2013. ISSN 2316-9044. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56625>>.

BOMFIM, Diego Espinheira da Costa e PEREIRA, Júlio Leonardo Barbosa. Os Médicos e a Indústria Farmacêutica. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 74, n.2, p.149-51, jul-ago, 2004.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTROM, Tord. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2a ed. São Paulo: HUCITEC, xxi, 224p, 1986.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In. Negri, Barjas; Di Giovanni, Geraldo. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, UNICAMP, p.19-42, 2001.

BRASIL. **Ata da Trigésima Nona Reunião Ordinária**, 26 de setembro de 2012, Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria Executiva do Conselho Consultivo da ANVISA. 2012a. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8052f2804034c591ad9cfddc5a12ff52/Ata\\_da+39%C2%AA+Reuni%C3%A3o\\_Ordin%C3%A1ria\\_Conselho+Consultivo\\_Anvisa+\\_vers%C3%A3o+final.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8052f2804034c591ad9cfddc5a12ff52/Ata_da+39%C2%AA+Reuni%C3%A3o_Ordin%C3%A1ria_Conselho+Consultivo_Anvisa+_vers%C3%A3o+final.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em 12 de agosto de 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/De10072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10072.htm).

BRASIL. **Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011 a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).

BRASIL. **Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8666cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm).

BRASIL. **Lei Nº 9.279, de 14 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm).

BRASIL. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm)

BRASIL. **Lei Nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9787.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm).

BRASIL. **Lei Nº 12401, 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. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011 b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm).

BRASIL. Ministério da Fazenda. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Política de desenvolvimento produtivo: inovar e investir para sustentar o crescimento**. Brasília, 2008. 43 p. Disponível em: <http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/DEEE/PDP%20-%20Livreto.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 91 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 2010 a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2008\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf). Acesso em 31 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso\\_racional\\_medicamentos\\_temas\\_selecionados.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf). Acesso em 12 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal. Direitos do Cidadão. **MPF/DF acusa Laboratório Roche de vender medicamentos de combate ao câncer de mama a preço abusivo**. Brasília, 8 jun. 2016. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/mpf-df-acusa-laboratorio-roche-de-vender-medicamentos-de-combate-ao-cancer-de-mama-a-preco-abusivo>. Acesso em: 4 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 2.531, de 12 de novembro de 2014**. Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2531\\_12\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2531_12_11_2014.html)

BRASIL. **Recomendação Nº 31 de 30 de março de 2010**. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Presidência do CNJ. Conselho Nacional de Justiça. 2010 b. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012.



CAPUANO, Ethel Airton et al. Inteligência competitiva e suas conexões epistemológicas com gestão da informação e do conhecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 19-34, ago. 2009.

CASAS, Carmen Nila Phang Romero. Do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Industrial da Saúde. In: BUSS, P. (Org.); CARVALHEIRO, J. R. (Org.); ROMERO, C. N. P. (Org.). **Medicamentos no Brasil. Inovação e Acesso**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 440p (p.25-41), 2008.

CASAS, Carmen Nila Phang Romero. **O complexo industrial da saúde na área farmacêutica: uma discussão sobre inovação e acesso no Brasil**. Tese, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2009.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010.

COELHO, Tiago Lopes. **A judicialização de medicamentos e o sentido corretivo a atuação judicial : o judiciário e a consolidação da política de assistência farmacêutica no Brasil**. 2013. 102 f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2013.

COELHO DA SILVA, Liliane. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_%20leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_%20leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9)>. Acesso em 13 de setembro de 2016.

CORDEIRO, Hésio. A medicina de grupo e o complexo médico-industrial. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.22-37, jul-set.1983.

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria da Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

DANTAS, Tayne Anderson Cortez. **A Propaganda de Medicamentos voltados à clínica obstétrica e/ou ginecológica e suas influências sobre a prescrição**. Dissertação. Natal/RN, 2012. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DAVID, Grazielle; ANDRELINO, Alane; BEGHIN, Nathalie. **Direito a Medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015**. Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/textos/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015/view>. Acesso em 26 de dezembro de 2016.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 506-513, jun. 2015.

DEPRÁ, Aline Scaramussa; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; MAKSUD, Ivia. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1517-1527, jul. 2015.

DIAS, Eduardo Rocha; SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da. A Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-5, mar. 2016.

DRESCH, Renato Luís. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: SANTOS, Lenir Santos; TERRAZAS, Fernanda (organizadoras). **Judicialização da Saúde no Brasil**. Campinas, Editora Saberes, 2014. Cap. 1, p.25-57.

DUBET, François. **Sociologia da Experiência**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

DUPUY, Jean Pierre e KARSENTY, Serge. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

FAGUNDES, Maria José Delgado *et al.* Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 221-229, mar. 2007.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. Burocracia como organização, poder e controle. **RAE**, São Paulo, v. 51, n.5, p. 424-439, set /out. 2011.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 405 p, 2009.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Política industrial: uma visão neo-schumpeteriana sistêmica e estrutural. **Rev. Econ. Política**, São Paulo, v. 21, n.4, p. 149-171, 2001.

\_\_\_\_\_. Estado e Inovação: uma perspectiva evolucionista. **Rev. Econ. Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 85-117, 2002.

\_\_\_\_\_. Complexo Industrial da Saúde e a Necessidade de um Enfoque Dinâmico na Economia da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, ABRASCO, v. 8, n.2, p. 521-535, 2003.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento, Complexo Industrial da Saúde e Política Industrial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.Especial, p. 11-23, 2006.

\_\_\_\_\_. **O investimento no Complexo Industrial da Saúde e a melhoria das desigualdades em saúde**. Entrevista em 1º de agosto de 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-investimento-no-complexo-industrial-da-saude-e-a-melhoria-das-desigualdades-em-saude>. Acesso em 10 de maio de 2015.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José. O Papel da Inovação na Ind. Farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do Complexo Industrial da Saúde. In: Paulo Buss; José Carvalheiro; Carmen Romero. (Org.). **Medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 41-59, 2008.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; ROMERO, Carmen Nila Phang. Complexo Industrial da Saúde e Inovação: desafios para a competitividade nacional em vacinas e o papel da FIOCRUZ. In: Carlos Augusto G. Gadelha; Nara Azevedo; Carlos F. Ponte; Wanda Hamilton; Claudia Trindade. (Org.). **Inovação em Saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 317-330, 2007.

GOTZSCHE, Peter C. **Medicamentos Mortais e Crime Organizado: como a Indústria Farmacêutica Corrompeu a Assistência Médica**. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. Revisão Técnica: Daniel Knupp Augusto, Porto Alegre, Bookman, 2016.

GUARIDO, Renata Lauretti. **O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação**. São Paulo: s.n., 2008. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Psicologia e Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUYATT, Gordon et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. **Jama.**; v. 268, n. 17, p. 2420-5, nov. 1992.

HANDCOCK, Mark. S.; GILE, Krista. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, ago. 2011.

HOEFLER, Rogério; SALGUES, Elios Jayme Monteiro. Condutas Fundamentadas em Evidências e o papel do Farmacêutico. Conselho Federal de Farmácia. Centro Brasileiro de Informação sobre medicamentos (CEBRIM). **Boletim Farmacoterapêutica**, Ano XV, n. 2, p. 1-5, mar-abr, 2010.

KEMPFER, Silvana Silveira et al. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 1066-73, 2011.

KORNIS, George E. M.; BRAGA, Maria Helena; PAULA, Patrícia A. Baumgratz de. Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 885-908, set. 2014.

LAGE, Eloína Araújo; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; ACURCIO, Francisco de Assis. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 133-139, dez. 2005.

LEFÉVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. **Rev. Bioética**, Brasília, v.14, n.1, p. 9-15, 2006.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires de; RAMOS, Flávia Regina Souza. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.2, abr./jun. 2014.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 295p., 1981.

MACEDO, Eloisa Israel de; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, ago. 2011.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da Judicialização da Saúde no Brasil. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul. /out. 2008

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 39-50, Dec. 2015.

MARQUES FILHO, José. A dimensão bioética aos conflitos de interesse, na relação entre médico e indústria farmacêutica, **Rev. Bras. Clin. Med.** 8 (2):148-53, 2010

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**, v.1, São Paulo. Ed. Nova Cultura, 1996 [1867].

MARTICH, Evangelina Viviana. **A política de medicamentos genéricos e o mercado farmacêutico na Argentina e no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MASCARENHAS, Fernando. **Entre o ócio e o negócio: teses acerca da anatomia do lazer**. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

MAYNART, Willams Henrique da Costa *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014.

MAZZA, Fabio Ferreira; MENDES, Áquilas Nogueira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Rev. Direito Sanitário**, Brasil, v. 14, n. 3, p. 42-65, fev. 2014.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Abr. 2013.

MEDRADO, Raquel Guedes, CRUZ, Marcus Vinicius Gonçalves da; RASO, Luciana Moraes; ROCHA, Heloisa Helena Nascimento. **SOS SUS: Muita Justiça, Pouca Gestão? Estudo sobre a Judicialização da Saúde**, In: ANPADE, XXXVII Encontro da ANPADE, Rio de Janeiro, p,1-16, set. 2013.

MELLO-CARPES *et al.* Percepção dos estudantes de cursos da saúde acerca do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde. Com**, v. 8, n. 1, p. 34-45, 2012.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, abr. 2005.

MINAS GERAIS. Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais. Ministério Público. **RESOLUÇÃO PGJ Nº 78, de 18 de setembro de 2012.** Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE). Disponível em: <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/210917783.htm>. Acesso em: 26 de dezembro de 2016.

MINAS GERAIS. Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais. Tribunal de Justiça. **RESOLUÇÃO Nº 829 de 30 de junho de 2016.** Dispõe sobre o estabelecimento de competência prioritária para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e à saúde suplementar em todas as Comarcas integradas por mais de uma Vara Cível, de Fazenda Pública ou da Infância e da Juventude. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re08292016.pdf>. Acesso em 23 de dezembro de 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **RESOLUÇÃO SES Nº 4429, de 01 de agosto de 2014.** Regulamenta a competência do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o\\_4429.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4429.pdf). Acesso em 28 de dezembro de 2016.

MIZIARA, Nathalia Molleis. **Regulação do mercado de medicamentos: a CMED e a política de controle de preços.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, 2013. 229 f.

MIZIARA, Nathália Molleis; COUTINHO, Diogo Rosenthal. Problemas na política regulatória do mercado de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-6, 2015.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.

MOREIRA, Almerinda *et al.* **História da enfermagem: versões e interpretações.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

MORICOCCHI, Luiz; GONÇALVES, José Sidnei. Teoria do desenvolvimento econômico de Schumpeter: uma revisão crítica. **Informações Econômicas**, São Paulo, v. 24, nº 8, ago. 1994.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

NASCIMENTO, Álvaro César. **Propaganda de medicamentos. É possível regular?** 2007. 286f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

NASCIMENTO, Vanessa dos Santos. **Análise econômica de preços de compra declarados por instituições públicas de saúde para medicamentos: paga-se mais por compras pela via judicial?** 2014. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva à Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2014.

NAVARRO, Vicenç. **A crítica a Ivan Illich**. Buenos Aires, Anagrama, 1974.

NAVARRO, Vicenç. **Medicina Under Capitalism**. New York, Prodist, 1976.

NICZ, Luiz Fernando. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto Lima. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, cap. 3, p.163-197, 1988.

NUNES, Everardo Duarte. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2239-2243, abr. 2011.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicol. Teor. prat.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, dez. 2007.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; LABRA, Maria Eliana; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de; ANDRADE, Eli Iola Gurgel de; MILAGRES, Marcelo de Oliveira. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 15, n. 3, p. 142-161, abr. 2015.

OLIVEIRA, Renan Guimarães de. **Judicialização do direito à saúde pública do município de Leopoldina-mg: um estudo de caso**. 156 f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

OLIVEIRA JÚNIOR, Haliton Alves *et al.* **Produção local de medicamentos e captura corporativa: análise do caso brasileiro**. Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (REBRIP). 2016. Disponível em: <http://deolhonaspateentes.org/item/producao-local-de-medicamentos-e-captura-corporativa/>. Acesso em 2 de janeiro de 2017.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Boatos e silêncios: os trajetos dos sentidos, os percursos do dizer. In: **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. 4. ed. Campinas: Pontes, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, Apr. 2012.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods**. 4. ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2014.

PEPE, Vera Lúcia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, set. 2000.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, mar. 2010a.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010b.

PEREIRA, Lucimara Ribeiro; CARNEIRO, Ricardo. Judicialização da Saúde e Mudanças Organizacionais: o Impacto das Decisões Judiciais na Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG. In: **Encontro de Administração Pública e Governo (EnAPG)**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), Salvador, 2012, p. 1-16. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg\\_2012/2012\\_EnAPG285.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2012/2012_EnAPG285.pdf). Acesso em 26 de dezembro de 2016.

PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. **Importação e Implantação do Modelo Médico-Hospitalar no Brasil: Um esboço de História Econômica do sistema de saúde 1942-1966**. 266 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em História Econômica. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2008.

PINTO, Alex Souza Christoffer. **A indústria farmacêutica da América Latina: um estudo comparativo**. 173 f. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras. Araraquara, 2014.

PONTES, Ana Paula Munhen de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 500-07, jul./set. 2009.

PÓVOA, Eduardo Conte. **Entre a escuta e a ausculta: Uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências**. 92 f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

PRADO, Ana Raquel Mechlin. A indústria farmacêutica brasileira a partir dos anos 1990: a Lei dos Genéricos e os impactos na dinâmica competitiva. **Leituras de Economia Política**, Campinas, n.19, p.111-145, dez. 2011.

QUEIJO, Maria Elizabeth. **O direito de não produzir prova contra si mesmo: o princípio *nemo tenetur se detegere* e suas decorrências no processo penal**. São Paulo, Saraiva, 2012.

RABELLO, Elaine Teixeira, CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. **Interface Comun. Saúde Educ**; 16(41): 557-567, abr.-jun. 2012.

RIBEIRO, Josiane da Silveira. Judicialização da Saúde: direitos coletivos versus direitos individuais. In: PEREIRA, Maurício Fernandes; COSTA, Alexandre Marino; MORITZ, Gilberto de Oliveira; BUNN, Denise Aparecida (organizadores). **Contribuições para a Gestão do SUS**, Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013.

RIBEIRO, Roseli Maria Cardoso. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié-Bahia**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec-UNESP, 1994 [1958].

SANT'ANA, João Mauricio Brambati *et al.* Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, ago. 2011.

SANTOS, Alethele de Oliveira; DELDUQUE, Maria Célia; MENDONCA, Ana Valéria Machado. Os discursos na Audiência Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 184-192, jun. 2015.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

SANTOS, Maria Clara Bottino Gonçalves; PINHO, Marcelo. Estratégias tecnológicas em transformação: um estudo da indústria farmacêutica brasileira. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 405-418, 2012.

SÃO PAULO. Procuradoria Geral do Estado. Coordenadoria Judicial de Saúde Pública. **Ação civil pública em face de Wyeth Indústria Farmacêutica LTDA**.

[www.tjsp.jus.br/Download/EPM/doc/GARRARUFA-WYETH.doc](http://www.tjsp.jus.br/Download/EPM/doc/GARRARUFA-WYETH.doc). 2011. Acesso em: 29 de setembro de 2016.

SAPIRO, Arão. Inteligência empresarial: a revolução informacional da ação competitiva. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 106-124, jun.1993.

SCHEFFER, Mario. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(4):663-666, abr. 2015.

SCHMIDT, Flávia de Holanda e ASSIS, Lucas Rocha Soares de. O Estado Como Cliente: Características das Firms Industriais Fornecedoras do Governo. In: **Radar: tecnologia, produção e comércio exterior** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura. - N. 1 (abr. 2009). Brasília: Ipea, 2009.

SCHNALL, Peter. **An introduction to historical materialist epidemiology**. Health Movement Organization 2: 1- 9, 1977.



SCHULZE, Clenio Jair. Medicina Baseada em Evidências. **Empório do Direito**. Fev. 2016. Disponível em: <http://emporiiododireito.com.br/medicina-baseada-em-evidencias-por-clenio-jair-schulze/>. Acesso em 11 de janeiro de 2017.

SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à Saúde: Análise à luz da Judicialização**. Porto Alegre, Verbo Jurídico, 2015

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teorias e Desenvolvimento Econômico. Uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. São Paulo: Ed. Nova Cultura, 1997 [1911].

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, set. 1993.

SILVA, Bela Feiman Sapiertein; BENITO, Gladys Amelia Vélez. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, ago. 2013.

SILVA, Hudson Pacifico; CAXIAS, Maiara Cristina Luiz. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 808-820, set. 2016.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. Organização da prática médica: que fale o paciente. **Rev. Adm. Pub.**, Rio de Janeiro, 19(1), p. 4- 25, jan/mar, 1985.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; DEPRÁ, Aline Scaramussa. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012.

SUNDFELD, Carlos Ari; SOUZA, Rodrigo Pagani de. Parcerias para o desenvolvimento produtivo em medicamentos e a Lei de Licitações. **Rev Dir Admin**, Rio de Janeiro, v. 264, p. 91-133, dez. 2013.

TARAPANOFF, Kira. **Inteligência, informação e conhecimento em corporações**. Brasília: IBICT, UNESCO, 2006. 456 p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146980por.pdf>. Acesso em 29 de dezembro de 2016.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, dez. 2002.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, abr. 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, Lúcia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, p. 3-12, 2014.

WAITZKIN, Howard. **Uma visão marxista sobre atendimento médico**. Avante, 1980.

WAITZKIN, Howard; WATERMAN, Barbara. **The Exploitation of Illness in Capitalist Society**. Indianopolis, Bobbs.Merrill, 1974.

WEBER, Mark. **Parlamento e governo na Alemanha reordenada**. Os pensadores. 2a ed. São Paulo: Abril Cultural. 1980 [1917].

\_\_\_\_\_. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva** / tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999 [1919-1920].

\_\_\_\_\_. **Ciência e Política: duas vocações**. São Paulo: Cultrix, 2000 [1919].

\_\_\_\_\_. **A ética protestante e o espírito capitalista**. São Paulo: Cia das Letras, 2004 [1904-1905].

YOSHINAGUA, Juliana Yumi. Judicialização do Direito à Saúde: A Experiência do Estado de São Paulo na Adoção de Estratégias Judiciais e Extrajudiciais para lidar com esta realidade. **Rev. Eletrôn. Sobre a Reforma do Estado**, n. 24, p. 2-21, dez-fev, 2011. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/rere-24-dezembro-janeiro-fevereiro-2011-juliana-yumi.pdf>.

YUNES, João. A dinâmica populacional dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 129-150, jun. 1971.

**APÊNDICE A - Artigo “A Judicialização da Saúde na percepção dos médicos prescritores” (Publicado no periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação - ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0314>)**

**A Judicialização da Saúde na percepção dos médicos prescritores**

Autor principal:

Orozimbo Henriques Campos Neto, Farmacêutico-bioquímico, endereço para correspondência: Rua Flor de Jupiter N° 40, Bloco 1, Apto. 803, bairro: Liberdade, CEP: 31270-213, Belo Horizonte, Minas Gerais. Telefone: (31) 98717-3054, email: zimboneto@yahoo.com.br.

Coautores:

Luiz Alberto Oliveira Gonçalves; Departamento de Ciências Aplicadas a Educação; Faculdade de Educação; Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; Minas Gerais, Brasil; emails institucionais: laog@fae.ufmg.br; lgoncalves@fae.ufmg.br.

Eli Iola Gurgel Andrade; Departamento de Medicina Preventiva e Social; Faculdade de Medicina; Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; Minas Gerais, Brasil; email institucional: iola@medicina.ufmg.br.

**Resumo**

Este artigo analisa a possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamentos usadas em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde. Apresenta-se o levantamento que deu origem ao banco de dados com ações judiciais por medicamentos, procedimentos e equipamentos para o tratamento de diversas doenças contra o Estado de Minas Gerais. Justifica-se a análise da percepção dos prescritores, com intuito de conhecer as suas respectivas posições em relação ao tema da interferência da indústria farmacêutica nas tomadas de decisões relativas às ações judiciais. O modelo teórico e metodológico utilizado destaca os perfis dos entrevistados. Por fim, expõe-se em detalhes a análise das percepções dos prescritores, correlacionando-as com o tema da influência da indústria farmacêutica no atual crescimento das ações judiciais.

Palavras-chave: Decisões judiciais, Médicos e Indústria farmacêutica

La judicialización de la Salud a través de la percepción de los médicos que prescriben

## Resumen

Este artículo analiza la posible interferencia de la industria farmacéutica en las prescripciones de medicamentos utilizados en demandas contra el sistema de salud. Se presenta el relevamiento que dio origen a la base de datos con demandas por medicamentos, procedimientos y equipos para el tratamiento de diversas enfermedades, contra el Estado de Minas Gerais. Es el análisis de la percepción de los prescriptores para conocer sus respectivas posiciones en relación con el tema de la interferencia de la industria farmacéutica en la toma de decisiones relativas a las demandas. El modelo teórico y la metodología utilizados destacan el perfil de los entrevistados. Por último, se expone en detalle el análisis de las percepciones de los prescriptores, correlacionándolas con el tema de la influencia de la industria farmacéutica en el actual crecimiento de demandas.

Palabras clave: Decisiones Judiciales; médicos; Industria Farmacéutica

The Judicialization of Health in the perception of physician's prescribing

## Abstract

This article analyzes the possible interference of the pharmaceutical industry in prescriptions drugs used in lawsuits against the Health System. It presents the survey used to build the database with lawsuits by drugs, procedures and equipment for the treatment of various diseases against the State of Minas Gerais. It is the analysis of the perception of the prescribers in order to know their respective positions in relation to the topic of the interference of the pharmaceutical industry in decision making relating to lawsuits. The theoretical model and methodology used highlights the profile of the interviewees. Finally, it exposes in detail the analysis of the perceptions of prescribers, correlating them with the topic of the influence of the pharmaceutical industry in the current growth of lawsuits.

Keywords: Judicial Decisions; Physicians; Drug Industry

## **Introdução**

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem protagonizado um debate cada vez mais complexo. Tal foi a expansão da judicialização nos últimos anos que, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça passou a formular estratégias e diretrizes para a atuação judicial em saúde, prenunciando uma inédita “política judiciária” no setor<sup>1</sup>. As decisões judiciais buscam garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, mas interferem na decisão da alocação de recursos, contraditando, o princípio da equidade em saúde<sup>2,3</sup>. Os conflitos tornam-se mais graves quando se considera que, no vértice de tais decisões, encontra-se uma prescrição médica<sup>4,5</sup>. Os saberes médicos que fundamentam os diagnósticos que dão suporte às decisões judiciais estão associados a inúmeras especialidades da medicina, o que torna ainda mais complexo o universo por meio do qual se tem efetivado a judicialização da saúde no país.

O volume de processos e o dispêndio de recursos públicos, especialmente para estados e municípios, põe em cena, atores ainda pouco examinados como os médicos, magistrados e a indústria de fármacos e equipamentos médicos<sup>6,7</sup>. Muitas das ações judiciais executadas em estados brasileiros foram analisadas em profundidade por Asensi e Pinheiro<sup>1</sup> em um estudo multicêntrico no qual explicitam a expansão e a consolidação da judicialização em seis Tribunais de Justiça, em 2011 e 2012. A partir destas configurações estaduais, os autores destacam “a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde”, identificando sua presença, seja em uma pequena Comarca do interior ou no Supremo Tribunal Federal.

Este artigo faz parte de um estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, que identificou ações contra o estado entre 1999 e 2009<sup>8</sup>. Neste período, ocorreram 6112 ações judiciais que demandavam diferentes tratamentos e equipamentos destinados a diversas doenças. Identificaram-se 6601 diagnósticos que esclareciam para qual problema pacientes buscavam aceder, por via judicial, medicamentos, equipamentos ou tratamentos. Entre os processos, 568 foram originários da reumatologia, endocrinologia (377), psiquiatria (348), urologia (336), oncologia (277), cardiologia (267), neurologia (256), pneumologia (153), hematologia (132) e pediatria (122). Atuaram como prescritores: 206 endocrinologistas, 12 cardiologistas, 6 clínicos, 4 cirurgiões, 4 infectologistas, 2 pneumologistas, 2 anesthesiologistas, além de oncologista, angiologista, geriatra, ginecologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, pediatra e psiquiatra com uma prescrição.

Embora todas as ações judiciais tenham impacto nas políticas públicas de saúde, no presente trabalho, iniciou-se a fase qualitativa do estudo, pelos casos que envolviam,

exclusivamente, o diabetes mellitus, por ser esta uma doença com avanços e conquistas importantes nos últimos vinte e cinco anos, no Brasil<sup>9</sup>, envolvendo medicamentos e acompanhamento disponíveis gratuitamente pelo setor público a todos os portadores da doença. Justamente por isso, o acesso ao tratamento, hipoteticamente, não deveria ser objeto de judicialização.

Contrariamente, foram detectadas, no Estado de Minas Gerais, 422 ações envolvendo pacientes portadores de diabetes mellitus tipo I, II ou gestacional. Os dados não esclareciam o que teria motivado o processo judicial. O que teria levado os médicos a atuarem nessas ações? Seriam os interesses da indústria farmacêutica? Seriam outros fatores?

### **Teoria e Procedimentos Metodológicos**

A escolha dos sujeitos da pesquisa, instrumentos de coleta e de análise foram feitas em três etapas. Na primeira, o complexo universo de ações judiciais e de especialidades levou-nos, a selecionar dois endocrinologistas (M1 e M2), considerando ser esta a especialidade médica mais presente nas ações de pacientes com diabetes. Esperava-se, que esses prescritores já tivessem conhecimento da política pública para a doença. Priorizou-se a diferença de sexo e o número de ações em que participaram. M1, feminino, contava com uma pequena quantidade de ações (6). M2, masculino, tinha o maior número dentro de todo o banco de dados (38). Outro critério foi à relação com a academia. Ambos são professores e pesquisadores.

Na segunda etapa, relativa ao instrumento de coleta de dados, a opção metodológica foi o Interacionismo Simbólico<sup>10</sup>. Nesse desenho, Denzin e Lincoln<sup>11</sup> identificaram diferentes técnicas de entrevistas que são aplicadas como instrumento de coleta de dados, capazes de dar visibilidade às representações, descrições das rotinas e significados que os entrevistados atribuem às suas preocupações. Nesta investigação, a escolha recaiu sobre o instrumento que Flick<sup>12</sup> denomina de “entrevista centrada no problema”. Seguindo seus passos, introduziu-se, inicialmente, o que o autor chama de “entrada conversacional”. Em seguida, passou-se para a fase das “injunções gerais e específicas”<sup>12</sup>. Por fim, fez-se uso de questões ad hoc todas as vezes que surgiam na entrevista situações que não haviam sido consideradas no planejamento do estudo, mas que poderiam esclarecer aspectos do fenômeno pesquisado.

No início da conversação explicitou-se a visão dos pesquisadores sobre a atual política do tratamento de diabetes no Brasil, que avançara em termos de universalização do atendimento, com acesso a medicamentos e assistência oferecidos pelos serviços estaduais e municipais do SUS.

As “injunções gerais e particulares” foram embasadas em estudos que tratavam das relações entre médicos e indústrias farmacêuticas, identificando interesses dos dois lados que poderiam estar envolvidos no aumento das ações judiciais<sup>6,7,13</sup>. Os estudos mostravam o quanto o ponto de vista dos médicos balizava a decisão dos magistrados<sup>1,14</sup>. Alguns analisaram os elos entre as empresas, universidades e o marketing de medicamentos<sup>15,16</sup>. Pelo fato dos entrevistados serem professores em cursos de Medicina, considerou-se, na análise dos dados, como eles tratavam o tema da judicialização da saúde com seus estudantes.

Entendeu-se ser este um tema pertinente porque estudos recentes mostram que cursos de formação na área da saúde possuem papel social importante para ampliar e aperfeiçoar o SUS<sup>17,18</sup>. Barros<sup>19</sup> destaca o valor da “educação médica como um requisito para o bom desempenho profissional”, como uma forma de resistir à propaganda irresponsável de medicamentos, patrocinada pela indústria farmacêutica. Esta busca induzir futuros médicos, por meio de propaganda de medicamentos, desde o primórdio de sua formação universitária. Peres e Job<sup>20</sup>, estudando as “percepções éticas” de estudantes de Medicina, identificam que 98%, em uma mostra de 100 alunos, “conheciam a influência das ações das indústrias farmacêuticas”, embora “ignorassem certos mecanismos que estas empresas utilizavam”, tornando-os, assim, “vulneráveis à propaganda no meio acadêmico”. Outro estudo mostrou o posicionamento de estudantes de medicina acerca da oferta de presentes que a indústria farmacêutica fazia a políticos para que estes atendessem aos interesses das mesmas, a maioria rejeitava a ideia. Entretanto, quando se falava sobre a oferta de presentes com o mesmo valor, só que dirigida a estudantes, estes não viam nenhuma impropriedade<sup>21</sup>. Diante desse paradoxo, os autores se interrogavam sobre qual seria o papel dos professores diante das possíveis intervenções que as indústrias farmacêuticas podiam exercer na formação dos estudantes.

Na sequência da metodologia apresentam-se, na terceira etapa, as percepções dos sujeitos entrevistados, destacando a forma como interagem com outros agentes envolvidos na judicialização. A partir dos relatos buscou-se, por meio da análise do discurso, compreender os significados que eles atribuíam às suas próprias ações e às empreendidas pelos demais agentes no processo de judicialização.

Os preceitos para análise se baseiam nas premissas de Blumer<sup>10</sup>, adaptando-as ao tema da judicialização da saúde e ao contexto histórico-social, no qual se intensifica o protagonismo do Judiciário na “efetivação da saúde”, sempre afirmando sua tomada de decisão no imperativo da indicação médica. Embora esteja se passando, de fato, por essas transformações, as premissas interacionistas simbólicas destacam que estas mudanças de significado não se dão automaticamente. Ao contrário, ocorrem nas interações sociais.

No presente artigo, buscou-se mostrar como os prescritores entrevistados compreendiam as suas ações e práticas para atender a demanda judicial solicitada, seja pelo paciente ou por um advogado. Que significados eles atribuíam à doença do paciente, ao tratamento padrão oferecido pelo estado ou a sua ausência, que levava à demanda judicial? Como eles descreviam o medicamento ou o equipamento que prescreviam? Interessava, por fim, compreender que percepção construíram sobre o direito individual e as implicações das inovações tecnológicas para a política de saúde e a equidade social.

### **O que significa o diabetes para eles?**

Ao apresentarem suas posições, os entrevistados revelam a visão que cada um deles tem do diabetes enquanto doença crônica. Em suas descrições, aparecem representações sociais<sup>22</sup>, construídas pela indústria farmacêutica sobre indivíduos com doenças crônicas, com um enorme apelo midiático e propagandista, sustentados pelos meios de comunicação.

Os perfis dos portadores de diabetes foram utilizados pelos prescritores, como justificativa de seus aceites para as ações judiciais. M1 define o diabetes como uma síndrome, pois, segundo ela, o paciente tem "uma alteração sistêmica que afeta o corpo por inteiro (...) os olhos, os rins, os pés, o coração...". Incorpora-se ao conceito do diabetes a dimensão da complexidade. Além de afetar o corpo integralmente, exigiu-se do mundo acadêmico um enorme processo de "fatiamento" do saber que se reflete em diferentes especialidades da área médica.

Sobre essa complexidade associada ao diabetes, M2, não só a reforça como incorpora outra dimensão ao seu atendimento que esbarra no fato de ser ela uma "doença silenciosa" que, ao longo de sua descoberta, foi apresentando uma série de desdobramentos que exigiram ações judiciais para serem contemplados.

Relatos de M1 esclarecem que é com o conhecimento técnico-científico dessas diferenças que se pode enfrentar uma parte do "problema" que emerge das exigências da ação judicial, na qual o prescritor tem de justificar a demanda de um medicamento específico que não faça parte da lista do SUS. A questão deixada no ar por M1 é saber se todos prescritores estão preparados para desafio de diferenciar as especificidades da doença de seus pacientes e se o Judiciário tem competência na tomada de decisão final:

“(...) um grande problema da questão da judicialização (é) exatamente pelo desconhecimento de quem está do outro lado (...) o paciente falou que isso é importante” ou “um determinado médico falou que isso é importante” o juiz ou a pessoa que vai determinar não tem a condição técnica de avaliar se aquilo é importante ou não. E aí, ele decreta: "tem que ser feito" (M1)



Outros estudos já haviam sinalizado a ausência de especialistas na tomada de decisão judicial<sup>23</sup>. Entretanto, essa é uma visão parcial. Por exemplo, M2, observa que a expertise de outros profissionais colaboram nas ações judiciais:

“Tem alguns advogados que trabalham nessa área de justiça, tem uns três deles que parece que sabem o caminho das pedras. Tem uma nutricionista que é do Direito (...) sabe como que funciona. Ela foi fazer direito e já se especializou.”

Aos poucos, os relatos vão compondo um cenário com mais detalhes sobre as práticas que estão sendo postas em andamento no que concerne às ações judiciais da saúde. Advogados e nutricionistas se apropriam, no exercício de suas respectivas funções, de estratégias eficientes para conseguir sucesso na ação corroborada.

### **Indústria Farmacêutica e Medicina**

Questionando M1 e M2 acerca das estratégias persuasivas dos laboratórios para conseguir impor os seus medicamentos no mercado, obteve-se como resposta um cenário conflitante, no qual vários fatores são apresentados como possíveis elementos que compõem esse contexto da judicialização:

“a indústria farmacêutica estimula a mídia a fazer isso. Oferece até para o médico, benefício em alguma outra questão, e isso é real (...). Eu vivo isso no meu dia a dia, não de uma forma explícita (...) sei de pessoas para quem isso é explícito. Para mim, eles não têm coragem porque eu bloqueio. Eles oferecem de uma forma que você pode ou não cair na rede. Dependendo do seu discernimento você vai ou não fazer aquilo. Eu acho que tem a questão da mídia, tem a questão do paciente, tem a questão do desconhecimento” (M1).

A mídia e os prescritores são colocados no mesmo patamar de estímulos da indústria. Diferentemente da posição dos autores anteriormente analisados<sup>19,20,21</sup>, M1 não atribui à mídia a responsabilidade do *marketing* para venda de medicamentos, mas sim à própria indústria que estimula a mídia a apresentar os medicamentos como uma simples mercadoria. M1 relativiza um jargão que penaliza os representantes das indústrias como os únicos responsáveis por introduzir seus produtos no mercado, cooptando a mente dos prescritores em suas redes. M1 problematiza essa imagem à medida que coloca os prescritores na condição de agentes ativos capazes de tomar decisões autônomas e não aceitar participar da rede. Mas para isso é preciso que eles tenham "discernimento", que, para M1, está vinculado a certo grau de conhecimento sobre o medicamento e/ou produto que prescrevem. O que estaria na base da ação da indústria para persuadir a aquisição de um medicamento é o "desconhecimento" que M1 exemplifica

questionando o uso que hoje se faz do Wikipedia: "A indústria escreve a mensagem, o leigo, que desconhece o assunto; acha que tudo aquilo é a verdade absoluta". Embora M1 considere que a indústria persuade os pacientes a consumir, e defende que essa estratégia não é invencível para esclarecer o paciente sobre a informação recebida pelo "Google".

“(...) uma coisa que eu faço é (...) quando eles chegam querendo Glargina, eu falo ‘vamos ler?’ ‘vamos pegar aqui o Dr.Google?’ ‘onde você viu? Me mostra.’ Porque aí eu vou conseguir entender o que ele leu e como que eu posso abordar o que ele leu.”

M2 exprime outra versão acerca da interferência da indústria farmacêutica. O ponto central de seu argumento recai sobre um dos paradigmas dominantes relativos à política de medicamentos no atual contexto mundial. Ele defende que "a relação entre medicina e indústria é necessária e tem que ser uma coisa harmoniosa". M2 recorre a uma perspectiva bastante difundida no Brasil, que tende a minorar a crítica à ganância lucrativa das indústrias farmacêuticas, ressaltando o seu papel científico, em primeiro lugar, e depois a sua função social<sup>24,25</sup>.

### **Indústria Farmacêutica e a Pesquisa Científica**

M2 justifica a interferência da indústria nos núcleos universitários se baseando na produção de conhecimento técnico que vive atualmente um enorme avanço. Afirma que "precisamos da indústria para investir nesse (campo)". Essa afirmação nasce de suas interações com pesquisadores em congressos que frequenta desde que finalizou sua residência médica. M2 declara ter ido à pelo menos um congresso nos Estados Unidos, todos os anos. Frequentou-os também na Europa. É a partir dessas vivências que M2 justifica a interferência da indústria na produção do conhecimento científico:

(...) num congresso eu gosto muito de ver a seção de pôsteres. Você tem ali, o pessoal que trabalha com pesquisa (...). Na hora que eu chego lá (e vejo que) é patrocinado por algum laboratório eu já olho com um certo pé atrás. (Mas) eu vou olhar, vou ler (se) eu gosto daquela ética. O laboratório pode te ajudar, sim, mas não vai influenciar nos resultados. Então, é preciso que você tenha que olhar dos dois lados.

O duplo olhar sugerido por M2 aparece em pesquisas que focalizam a percepção dos médicos acerca da influência da indústria farmacêutica na produção científica. No estudo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)<sup>26</sup>, 62% dos 600 médicos que responderam ao questionário avaliam positivamente a relação do profissional da medicina com a indústria farmacêutica e ainda a reconhecem como sendo o lócus que fornece "bom atendimento técnico e informações científicas atualizadas". Estas são difundidas principalmente

em congressos e cursos que não se viabilizariam sem o apoio das indústrias farmacêuticas, segundo 53% dos médicos que fizeram parte do referido estudo.

M2 defende essa mesma ideia e declara ser ele mesmo um difusor das informações científicas que os laboratórios vêm produzindo nos últimos anos. Sobre esse assunto, registra-se no seu depoimento elementos que são comuns à prática dos *speakers*, função que ele exerce já há alguns anos nos congressos dos quais tem participado. Tem uma diferente interpretação acerca da ética na relação entre indústria farmacêutica e médicos palestrantes. Seu conceito de ética repousa em dois pilares: o do indivíduo (prescritor) e da indústria. Em relação ao primeiro, M2 define a ética da seguinte maneira:

“(...) quando a gente fala de ética, a gente fala de moral. A ética é a moral pessoal da cada um. É isso o que eu penso. Ninguém vai mudar a minha cabeça (...) nem me fazer lavagem cerebral. Isso não acontece comigo”.

O entrevistado identifica a ética com a moral, embora os filósofos os tenham distinguido em suas reflexões. Nosella na sua obra *Ética e Pesquisa*<sup>27</sup> diz que:

“Ética significa, em primeiro lugar, o ramo da filosofia que fundamenta científica e teoricamente a discussão sobre valores, opções (liberdade), consciência, responsabilidade, o bem e o mal, o bom e o ruim etc., enquanto o termo *mos-moris* (moral) refere-se principalmente aos hábitos, aos costumes, ao modo ou maneira de viver. Assim, qualifica-se um certo hábito ou costume de virtuoso ou vicioso e um certo modo de agir ou viver de moral ou imoral. Ao contrário, o termo ética, por remeter à fundamentação filosófica da própria moral, geralmente não se qualifica”.

Com base na distinção apresentada acima, pode-se dizer que M2 orienta a sua visão acerca do caráter ético das ações dos *speakers*, como algo que se relaciona a certo modo do agir individual (muito mais moral) e não a uma disciplina que fundamenta os valores e/ou a responsabilidade de quem toma a decisão. Afirma convictamente que não há problema nenhum de ser financiado pelas empresas para fazer conferências sobre os seus produtos. Garante que moralmente não se deixa contaminar por seus interesses lucrativos.

Segundo M2, quem tem de ser punida é “aquela indústria que está eticamente descompromissada de seu papel social”. M2 constrói uma representação social da indústria farmacêutica como um agente que controla os preços dos medicamentos no mercado competitivo. Revela que, na sua prática enquanto endocrinologista pediátrico faz uso de estratégias financiadas pelos setores empresariais para moldar o comportamento de crianças portadoras de diabetes em atividades recreativas. Não vê, nesse gesto, interesses comerciais. A presença de laboratórios privados e de redes farmacêuticas poderosas em seus projetos voltados a infância é vista como uma ação social filantrópica e não como um modelo de intervenção que poderia vir a influenciar as famílias das crianças atendidas a entrarem com processo judicial contra o Estado para conseguir as inovações da área.

M2 detalha o que entende por papel social da indústria. Produz uma imagem de cooperação amistosa que conta com o financiamento de empresas farmacêuticas articuladas a uma rede privada de drogarias. Trata-se de acampamentos realizados, em finais de semana, nos quais se reúnem crianças portadoras de diabetes, com objetivo de que aprendam a fazer uso dos medicamentos e produtos para o tratamento. A equipe é formada por:

(...) estudantes de quarto e quinto ano de medicina, três nutricionistas para ensinar às crianças o que comer (...) quatro farmacêuticos vinculados a uma rede de drogarias. O objetivo é de que tenham contato pessoal com as crianças (...) tem também os alunos residentes, levados com intuito de que desenvolvam um aprendizado e carinho com a criança e com o adolescente diabético. Somos três endocrinologistas, mas têm colônias que chegam a ter quatro. Tem uma enfermeira e dois educadores físicos para ensinar que diabetes não é só aplicar insulina. A colônia funciona mais ou menos assim.

As estratégias fazem parte de um empreendimento que necessita de um grande investimento. A literatura sobre essa temática já havia mostrado que essas colônias no Brasil são uma ação que tem sido estudada desde a década de 80<sup>28</sup>. No exemplo acima, vê-se a presença de estudantes da graduação e de residência médica, ou seja, a proposta está sustentada em ações universitárias.

M1 localiza a influência das indústrias farmacêuticas na percepção que os prescritores têm das disputas no mercado. Os interesses da indústria aparecem nos congressos, nas mesas de debate. Embora os palestrantes cuidem para não tratar dos medicamentos testados em suas pesquisas com o nome que os associe à indústria, os conflitos se revelam apesar de todos os esforços para camuflá-los.

M1 exemplifica esses conflitos, em um seminário nacional, no qual se debatiam os efeitos que a glargina poderia produzir em gestantes. Surgiram outras questões de ética que não coincidem com as mesmas que foram discutidas acima. Aqui ela se relaciona à pesquisa científica, aos cuidados que os pesquisadores têm de ter com os sujeitos de estudo. Os procedimentos que são exigidos na pesquisa acadêmica podem não ser seguidos pelas indústrias fora de seus países de origem. A crença que se desenvolveu a partir dos ensaios clínicos os transforma em evidências inquestionáveis. O problema incontrolável é que efeitos adversos não previstos pelos pesquisadores no início de seu estudo podem aparecer depois de muito tempo de uso do medicamento.

Um exemplo relatado por M1 foi o de um seminário no qual ela discordou de um conferencista que, na época, era uma referência entre os endocrinologistas, pelo fato de exaltar o uso da glargina para gestantes diabéticas, com os adjetivos "bom", "maravilhoso". M1 justifica a sua recusa:

“... as grávidas diabéticas passam por mim, vem gente do Estado todo tratar aqui;

temos um ambulatório específico de grávida com diabetes tipo um, tipo dois (...) a Glargina não pode ser usada na gravidez de forma alguma<sup>29,30,31</sup>. E todo mundo aí fora está usando indiscriminadamente. Todo mundo usa igual água. Eu contraindico. Mas ninguém me escuta, por quê? Porque os *speakers* são todos comprados. Tenho medo deles, porque muitos têm essa questão de estar envolvido com a indústria. Eles são selecionados para falar no seminários. Passam entre a gente uma tabelinha, perguntando quem gostaríamos que falasse de Glargina. Aí coloca uma série de nomes (...) e aí eles vão “naquele” cara que é o “cara”.

M1 aponta que as indústrias não só financiam diárias dos *speakers* como usam procedimentos de escolhas de nomes de especialistas para que sejam apontados pelos possíveis participantes, dando-se a sensação de que os seus nomes foram selecionados por aqueles que farão parte do debate e não pelos agentes empresariais.

M2 ao reagir às nossas questões acerca dos conflitos de interesse existentes nesses congressos usou um argumento do senso comum para mostrar que suas palestras não refletem os seus patrocinadores:

“Eu nunca dei uma palestra de *Lantus*, agora, eu vou (ao congresso) falar da Glargina; Você não vai me escutar falar no nome comercial. Mas, sim, porque a Glargina é diferente em relação a NPH (...) eu escutei isso lá na Europa, escutei isso nos Estados Unidos. Eu tenho minha opinião no meu consultório, vou dividir isso com meus colegas, com meus pares, e aí você vai ter a ética; vai se vender por uma insulina”.

M2 descreve a estratégia usada pelos *speakers* ocultando o nome da indústria que produz e patrocina a sua ida ao congresso. Mas não dá para desconhecer que a Glargina era produzida com esse princípio ativo por uma única empresa farmacêutica. Logo, todos os participantes do congresso, naquele momento, sabiam a qual indústria aquela insulina pertencia.

M2 deixa claro que se opõe às suspeitas que se tem sobre a Glargina como impeditiva às gestantes, tal como M1 levantou em seu depoimento. Segundo os *speakers* que a defendem faltam estudos que comprovem a emergência de câncer. M1 reflete sobre essas inseguranças que a indústria consegue driblar com argumentos que o mundo acadêmico conhece e usa com muita frequência:

“Os estudos que começaram a surgir há uns quatro ou cinco anos atrás discutiam nos congressos exatamente o aumento da incidência de câncer, de neoplasias malignas, com o uso da insulina Glargina. E seu uso determinou o crescimento de algumas células, daí, o câncer de mama, câncer de intestino, câncer de estômago, enfim, vários tipos de neoplasia foram detectados, numa incidência um pouco maior no grupo que usava Glargina, do que no grupo que não usava<sup>32,33</sup> (...) Mas só que isso, a própria indústria farmacêutica começou a jogar isso abaixo, “não existe estudo, tem pouco tempo...” para a gente falar do aumento da incidência de câncer a gente tem que ter mais tempo...” e isso ficou na berlinda, e quando você discute isso, quando você vai ao congresso, que você faz uma pergunta para o palestrante sobre isso, eles desconversam...não, não tem prazo sobre isso, não tem tempo, os estudos são inconclusivos...” e aí ninguém discute mais.”

O argumento de que faltam exames para comprovar que o uso de Glargina é um indutor de neoplasias em gestantes não afeta as ações judiciais. Prescreve-se a referida insulina sem

que essa suspeita seja posta em questão. Isso explica as razões pelas quais essa prescritora descreveu o desconhecimento dos magistrados como um dos problemas que afetam o tema. M2 entende que essa questão tem sido discutida nos congressos:

“O pessoal da Universidade Federal alertou: "ah essa insulina pode provocar câncer. Saiu um estudo do diabetes tipo dois com incidência de câncer, com essa insulina. Isso foi extremamente debatido em todos os congressos. Porque na realidade, o diabético tipo dois tem uma chance maior de desenvolver câncer, mas dentro da Universidade Federal eles não prescrevem essa insulina, eles preferem prescrever NPH, que tem quarenta anos”.

O seu relato deixa entrever que a falta de estudos afeta mais os diabéticos tipo II que se encontram entre aqueles que mais entram com ações judiciais para conseguir a Glargina, previstas apenas para o portador de diabetes tipo I. Isto justifica, para M2, as ações judiciais. Reflete a lógica que os defensores da iniciativa privada apresentam para justificar a entrada de medicamentos ou de equipamentos no mercado brasileiro. Um exemplo dessa pressão industrial é relatado por M2. Este apresentou um grande número de ações judiciais voltadas para a aquisição e inclusão das bombas infusoras de insulina. Ao ser interrogado sobre essas ações, M2 diz:

“Nem sei quanto custa uma bomba direito! Ainda bem que tem duas hoje no Brasil, deveria ter cinco; a concorrência ajuda, a concorrência é interessante para todo mundo. A concorrência também ajuda a baixar o preço das medicações, a indústria tem um papel muito interessante do ponto de vista social; a colônia não existiria se não fosse a indústria me ajudando, todos os laboratórios, os concorrentes estão juntos, eles estão visando a questão social”.

O que se anuncia no discurso de M2 reflete parte dos enunciados defendidos por representantes das empresas privadas no Brasil e no mundo, nos quais se retomam antigos temas acerca da liberdade de mercado, no qual a concorrência em si resolveria as questões de consumo de medicamentos, atenuando as deficiências do setor público. Ele descreve um programa executado em diferentes partes do Brasil ao qual presta assessoria direta:

“A indústria, tem um programa que os empresários criaram. Fizeram um *pool* de laboratórios (...) você tem um colocando fitas mais barato, outro colocando Glargina, Lantus, isso no Brasil todo, 50% mais barato. Quer dizer, se eles conseguem nesse programa, vender 50% mais barato, eles podem vender mais barato para o governo também, quer dizer, por que não abaixam o preço para a população? (...) a indústria tem esse valor social interessante”.

Fica claro como as indústrias farmacêuticas estão se aproximando dos prescritores, que se abrem a elas para promover os seus produtos. São estes colaboradores diretos que promovem os discursos necessários que o mundo empresarial precisa para chegar perto daqueles que são os demandantes potenciais das ações judiciais, que favorecem também os interesses empresariais. Para justificar a sua atitude de fornecer as prescrições para os advogados entrarem com a ação, M2 diz:

“Os maiores cientistas do mundo tem conflitos de interesse com 18 laboratórios. Congressos não tem conflito de interesse com ninguém (...) fui convidado pelo laboratório para dar aula. Logo vou dizendo quem me trouxe aqui foi o laboratório X. Declarar isso, eu acho, faz a gente ser ético. Que é a melhor coisa do mundo. Sou convidado por laboratórios concorrentes, lá vou falar de outro produto que também é concorrente deles. Então, você fica mais à vontade ainda. Porque, se vários estão me chamando é porque você está ali falando dos estudos daquele produto. Quem tem que fazer propaganda é o laboratório, não o médico. Agora, então esse laboratório me chamou para falar lá, e não significa que eu não vou falar do concorrente deles. Fica ético, pois só tem médico na sala. A discussão fica ética, fica gostosa, fica boa”.

Os laboratórios farmacêuticos têm se servido de acadêmicos para difundir seus produtos. M2 revela a forma como pesquisadores das universidades estão sendo integrados nas ações difusoras de medicamentos no contexto atual. Declara não se constranger em agir dessa forma e não vê nesses gestos conflitos de interesse. Não tem nenhum impedimento para emitir ações judiciais, destaca as cópias das cartas enviadas à justiça:

“Estão todas aqui para me facilitar, pois tenho que fazer isso o tempo todo” não é só porque o cara é pobrezinho que está lá no SUS não, todos nós temos direito, a gente paga o SUS, por que eu não posso me beneficiar da medicação? Uma coisa é óbvia, você não vai querer usar isso para o seu filho? Um medicamento que é melhor? A gente tem que pensar no coletivo, por isso que eu penso no filho, eu preciso dar a melhor medicação. Hoje o médico tem que pensar e falar de todo esse envolvimento emocional...e agora eu tenho que ser assistente social? Prescrever aquilo que tem lá no SUS e não aquilo que é o melhor para ele!

M2 incorpora uma dupla dimensão de fortalecimento das pesquisas das indústrias farmacêuticas associadas à maior concorrência para controle dos preços e por fim indica a possibilidade de introduzir as ações judiciais para incluir o direito de todos na perspectiva da equidade social.

### **Considerações Finais**

Na perspectiva interacionista simbólica, ao investigar os sentidos e significados que os médicos entrevistados atribuíam às prescrições que sustentavam os processos, buscou-se conhecer como eles viam a interferência das indústrias farmacêuticas. As respostas confirmavam conflitos de opiniões que foram registrados por estudos relativos à judicialização da saúde. Mas, também trouxeram detalhes que permitem visualizar na prática as estratégias que as indústrias têm utilizado para convencer pacientes e/ou médicos do uso de medicamentos ou equipamentos, que ainda não estão padronizados no SUS.

Além das estratégias de propaganda pelos meios de comunicação, os entrevistados registraram assédios da indústria ao se aproximar de estudantes de medicina na graduação e durante a residência, com estratégias que camuflam seus interesses, atrelando-os a ações filantrópicas. Registra-se uma prática em várias regiões do Brasil na qual as indústrias farmacêuticas apoiam experiências comunitárias que reúnem crianças e jovens portadores de diabetes, com vistas a introduzir novos equipamentos, como as bombas de insulina. Nos congressos médicos identificam-se intervenções das indústrias. Os entrevistados relatam suas participações nesses eventos e descrevem os embates entre representantes que se materializam nas palestras dos *speakers*. Registram momentos nos quais se desqualificam as dúvidas sobre os efeitos adversos de novos medicamentos com base na ciência.

Por fim, no relato dos prescritores, vê-se a forma como tratam do tema em sala de aula. Esse momento é propício para discutirem com os estudantes o assédio das indústrias e suas estratégias para ligar os futuros prescritores aos seus produtos. Houve situações de inclusão dos alunos nas ações promovidas pelas indústrias, mas também situações em que se problematizou a presença dos laboratórios nos cursos e estágios. Nos dois casos analisados, detectou-se que ambos têm consciência da intervenção da indústria farmacêutica. Contudo, o aumento das ações judiciais acontece também por deficiência da política pública ou desconhecimento de quem toma a decisão.

**Contribuição dos autores:** Orozimbo Henriques Campos Neto participou ativamente da concepção do artigo na definição dos objetivos, análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves participou ativamente da concepção do artigo na definição dos objetivos, análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Eli Iola Gurgel Andrade participou ativamente da discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

## Referências

- 1 Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.
- 2 Ventura M, Moraes LSC, Pepe VLE. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, 2010, v. 20, 77-100.
- 3 Pepe VLE, Ventura M, Santana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2010, v. 26, 461-471.



4 Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Júnior AA, Dias da Silva G, et al. A Judicialização da Saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: Gestão da Clínica e da Medicalização da Justiça. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(46 4 Supl 4): S46-S50.

5 Delduque MC, Castro EV. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 2015, v. 39, 506-513.

6 Campos Neto OH, Andrade EIG, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Cherchiglia ML, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012, 46(5): 784-790.

7 Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44 (3): 421-429.

8 Andrade EIG. Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais. Belo Horizonte, 2010. (CNPq/FAPEMIG).

9 Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. *Rev. bras. Enfermagem*. 2011, 64(5): 952-957.

10 Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortesen D (Ed.). *Teoria da comunicação: textos básicos*. São Paulo: Mosaico, 1980, p. 119-137.

11 Denzin NK et al. *Handbook of qualitative research*. London:Sage, 1994.

12 Flick U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookmam, 2009.

13 Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de Saúde, Sentidos e Significados Construídos: Instrumentos Teóricos para a sua interpretação. *Interface (Botucatu)*.2009, 13 (29): 313-326.

14 Gadelha MIP. O papel dos médicos na judicialização, *Revista CEJ*, Brasília, Ano XVIII, 2014, n. 62, 65-70.

15 Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev. Saúde Pública*. 2010, 44 (1): 190-196.

16 Rabello ET, Camargo Jr, KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface (Botucatu)*. 2012, 16 (41): 557-567.

17 Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010, 44 (3): 383-393.

18 Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e sociedade*, 2011, 20 (4): 884-899.

19 Barros JAC. Políticas Farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 2004.

20 Peres G, Job JRPP. Médicos e Indústria Farmacêutica: Percepções Éticas de Estudantes de Medicina. Rev. bras. educ. med, 2010, v. 34, n. 4, 515-524.

21 Palácios M, Rego S, Lino MH. Promoção e Propaganda de Medicamento em Ambientes de Ensino: Elementos para debate. Interface (Botucatu), 2008, 12 (27): 893-905.

22 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

23 Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Rev. Saúde Pública, 2011, 45 (4): 706-713.

24 Gadelha CAG, Maldonado J. O Papel da Inovação na Indústria Farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do Complexo Industrial da Saúde. In: Buss P, Carvalheiro J, Romero C. (Org.). Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 41-59.

25 Gadelha CAG. O investimento no Complexo Industrial da Saúde e a melhoria das desigualdades em saúde. Entrevista em 1º/08/2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-investimento-no-complexo-industrial-da-saude-e-a-melhoria-das-desigualdades-em-saude>.

26 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pesquisa inédita do Cremesp 2009/2010. Os médicos e os laboratórios farmacêuticos. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf>

27 Nosella P. Ética e Pesquisa. Educ. Soc. Campinas, 2008, v. 29, n. 102, 255-273.

28 Heleno MGV, Vizzotto MM, Mazzotti T, Cressoni-Gomes R, Modesto SEF, Gouveia SRF. Acampamento de férias para jovens com Diabetes Mellitus Tipo I: Achados da abordagem psicológica. Bol. psicol, 2009, v. 59, n. 130, 77-90.

29 Haute Autorite de sante (HAS). Institut national de prevention et d'éducation pour la sante (Inpes). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide methodologique 2007. Santé Publique 2008; 20(Hors serie):1-92. Disponível em: [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_601290/structuration-dunprogramme-deducation-therapeutique-du-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dunprogramme-deducation-therapeutique-du-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques).

30 Haute Autorité de Santé (HAS). Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP : Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Chapitre : Stratégie médicamenteuse – patientes enceintes ou envisageant de l'être. Jan. 2013. Disponível em: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/argumentaire\\_strat\\_med\\_femmes\\_enceintes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/argumentaire_strat_med_femmes_enceintes.pdf)

31 Bouché C, Bismuth E, Caliman C, Lepercq J, Lubin V, Rougé D, et al. Prise en charge de la grossesse au cours du diabète de type. Extrait de Médecine des maladies Métaboliques. 2011, v. 5, n. 11, 7-19.

32 Currie CJ, Poole CD, Gale EA. The influence of glucose-lowering therapies on cancer risk in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009; 52(9):1766-77.

33 Colhoun, HN. Use of insulin glargine and cancer incidence in Scotland: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group *Diabetologia*, 2009; 52(9):1755-65.

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

1. Em que momento de sua carreira começou a atuar com o processo de judicialização de medicamentos?
2. O que a Judicialização da saúde interferiu na sua prática como magistrado?
3. Em sua opinião, o que gerou a Judicialização da saúde?
4. Nas demandas judiciais que o senhor recebe é possível identificar que aspectos ou setores da política de assistência farmacêutica não têm sido atendidos e que justificam a ação judicial? Seria possível um exemplo prático?
5. As decisões tomadas pelo Judiciário levam em consideração os programas de assistência farmacêutica do SUS? Caso leve, como magistrado, o senhor teria sugestões para aperfeiçoar a política de assistência farmacêutica e reduzir a judicialização?
6. Como o arcabouço normativo infraconstitucional que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem interferido nas demandas judiciais por medicamentos? Na sua visão o atendimento a essas normas poderia contradizer a Constituição Federal?
7. Em quais situações extremas das decisões do Judiciário é necessária a utilização de liminares? Com a sua experiência você teria exemplos de casos em que alternativas poderiam ser tomadas sem o uso de liminares?
8. O mandado de segurança tem sido utilizado nas ações por medicamentos? Em que situação é mais frequente?
9. Seria possível acionar o setor público e privado conjuntamente? Em caso positivo, a sua decisão seria direcionada para qual das duas instâncias?
10. Nas ações judiciais chegam informações a respeito da assistência a saúde que o autor tem acesso, setor público ou privado?
11. Quando o paciente possui um plano de saúde privado e a ação não se volta contra o plano, mas contra o estado, qual a sua posição diante desse quadro?
12. Nas ações que chegam para sua decisão, têm aparecido demandas justificadas pelas novas tecnologias em saúde? Se sim, qual é o seu posicionamento diante disso?
13. O senhor recorre a um especialista? Como escolhe esses especialistas? Esses produzem algum documento técnico?
14. Qual informação no relatório técnico satisfaz e assegura a tranquilidade da decisão?

15. No caso de existir um tratamento no SUS que gere a mesma resposta que a nova tecnologia supostamente dará, qual a sua posição? (Nesse momento ou após a questão da política de assistência farmacêutica, caso ele fale de novas tecnologias).
16. Quando chega a ação judicial de um medicamento que ainda não foi registrado na ANVISA, como tem sido pensada pelo Judiciário a relação entre o paciente (que demanda o medicamento) e a indústria que o está lançando no mercado? Tal situação tem sido vista de que maneira pelo Judiciário?
17. Como são consideradas as limitações legais (tempo para realizar licitações, a existência de um único fornecedor do medicamento solicitado e responsabilidade fiscal) no cumprimento das decisões judiciais?
18. O Poder Judiciário consegue identificar nas demandas interesses de grupos privados? Em caso positivo, quando identificado que procedimentos são tomados? Poderia citar exemplos de decisões que tiveram essa motivação?
19. O direito de todos os indivíduos à saúde deve ser garantido integralmente, a despeito de questões orçamentárias?
20. Quando há um litígio entre os entes federados para pagamento de um medicamento extremamente caro, qual tem sido a posição do Judiciário?
21. Quando são tomadas as decisões judiciais, como é considerado o binômio direito individual e coletivo?

**ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 292/08

**Interessado(a): Prof. Eli Lola Gurgel Andrade**  
**Departamento de de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de setembro de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado " **Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido



Iniciais do nome do entrevistado (a)

RG

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

Universidade Federal de Minas Gerais

**Estudo: Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça; Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais em Minas Gerais.**

#### OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo tem o objetivo de investigar o fenômeno da judicialização na assistência farmacêutica como instrumento de garantia do acesso e/ou de incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde no Brasil e relacionar com os eventos observados no SUS em Minas Gerais, nos anos de 1.999 a 2009. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos.

#### PROCEDIMENTOS

Ao concordar em participar deverei: Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL.

#### CONFIDENCIALIDADE

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e minha identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

#### DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A entrevista durará em média 60 (sessenta) minutos e será interrompida se em algum momento eu sentir necessidade.

#### DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com Eli Iola Gurgel Andrade, coordenadora deste estudo na Faculdade de Medicina da UFMG, na Avenida Alfredo Balena nº 190, 7ª andar, sala 706. Belo Horizonte MG. Telefone (31) 3409-9689.

**ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido (continuação)****CONSENTIMENTO**

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal.

Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assiná-lo juntamente com o entrevistador, ele será arquivado garantindo sua confidencialidade.

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura entrevistado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



### **ANEXO C - Transcrições das entrevistas**

O Anexo C será apresentado na forma de um *compact disc* (CD), o qual contém as dez entrevistas realizadas e transcritas com os atores envolvidos com a judicialização. As entrevistas contemplaram os seguintes atores: advogados (A1 e A2), médicos (M1 e M2), paciente (P1), gestor público (GP), promotor de justiça (PJ), defensor público (DP), juiz de direito (J2) e desembargador (J1). Essas entrevistas constituíram o material empírico para a construção da tese de doutorado.

## ANEXO D - Medicamento direito constitucional

### PERGUNTAS FREQUENTES

#### Como funciona?

De posse de toda a documentação exigida, o escritório distribui uma ação judicial contra o Estado, requerendo o imediato fornecimento do medicamento necessário ao paciente.

#### Quanto tempo o juiz demora para decidir ?

Ações desta natureza tem caráter emergencial e tem um tratamento diferenciado pela justiça. Normalmente os juízes tem decidido pelo fornecimento do medicamento em um prazo máximo de 72 horas após a entrada da ação da justiça. Não são raras decisões tomadas no mesmo dia.

#### Depois da decisão do juiz, em quanto tempo o medicamento é fornecido ao paciente?

Não existe um prazo certo. O tempo decorrente entre a ordem judicial e o efetivo fornecimento do remédio ao paciente é variável de acordo com o medicamento específico e a burocracia do Estado. Aqueles medicamentos que se encontram no estoque do governo são fornecidos com maior agilidade. Outros mais caros e/ou importados demoram um pouco mais porque o governo tem que providenciar sua aquisição através dos trâmites legais.

Vale lembrar que nossos advogados sempre requerem para que o juiz estipule um prazo máximo para o fornecimento do medicamento sob pena de aplicação de multa diária. Normalmente o juiz acata este pedido o que gera maior agilidade do governo em providenciar o medicamento.

#### Qualquer medicamento pode ser pedido na justiça?

Sim, desde que ele não seja fornecido gratuitamente e que seja devidamente prescrito pelo médico.

**Fonte:** <http://meloealcantara.com.br/sem-categoria/medicamento-direito-constitucional/>. Acesso em 30 de setembro de 2016.

## ANEXO E - Medicamentos e equipamentos médicos obtidos judicialmente

Dentre os medicamentos que o escritório já conseguiu na justiça citamos:

- ☞ Humalog e Novorapid (insulinas), Fitas, Lancetas (Diabetes Tipo 1)
- ☞ Galvus (Diabetes Tipo 2)
- ☞ Bomba de Insulina (Diabetes Tipo 1)
- ☞ Tykerb (Neoplasia de mama)
- ☞ Temodal (Neoplasia cerebral)
- ☞ Erbitux (Neoplasia de reto)
- ☞ Ursacol (hepatite crônica)
- ☞ Marcapasso Multicâmara
- ☞ Interferon Gama (Imunodeficiência)
- ☞ Ranibizumab – (injeção intra-ocular)
- ☞ Bevacizumab (câncer de mama)
- ☞ Tensirolimus (neoplasia renal)
- ☞ Pemetrexed (câncer de pulmão)
- ☞ Capecitabina (câncer de pulmão)
- ☞ Everolimus (Afinitor) (câncer)
- ☞ Abiraterona ( Zytiga) (câncer)
- ☞ Brentuximab( Adcetris) (câncer)
- ☞ Anastrozol (câncer)
- ☞ Lucentis – Injeção intra-ocular
- ☞ Colírios para Glaucoma

Fonte: <http://meloalcantara.com.br/sem-categoria/medicamento-direito-constitucional/>. Acesso em 30 de setembro de 2016.

## ANEXO F - Ata da Defesa de Tese



### ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO OROZIMBO HENRIQUES CAMPOS NETO

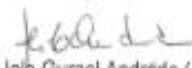
Realizou-se, no dia 06 de fevereiro de 2017, às 14:00 horas, Sala de Videoconferência 526 - 5º andar - Faculdade de Medicina UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *A INDÚSTRIA FARMACÉUTICA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS*, apresentada por OROZIMBO HENRIQUES CAMPOS NETO, número de registro 2012754125, graduado no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG), Prof(a). Luiz Alberto Oliveira Gonçalves (UFMG), Prof(a). Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG), Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira (UFMG), Prof(a). Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza (UFBA), Prof(a). Marcelo Medeiros (UFG).

A Comissão considerou a tese:


) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 06 de fevereiro de 2017.

  
Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade ( Doutora )

  
Prof(a). Luiz Alberto Oliveira Gonçalves ( Doutor )

  
Prof(a). Djenane Ramalho de Oliveira ( Doutora )

  
Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira ( Doutora )

  
Prof(a). Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza ( Doutor ) - videoconferência

  
Prof(a). Marcelo Medeiros ( Doutor ) - videoconferência

## ANEXO G – Folha de aprovação da Tese



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS**

?


**OROZIMBO HENRIQUES CAMPOS NETO**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 06 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
 Prof(a). Eli Iton Gurgel Andrade - Orientador  
 UFMG

  
 Prof(a). Luiz Alberto Oliveira Gonçalves  
 UFMG

  
 Prof(a). Djenane Ramalho de Oliveira  
 UFMG

  
 Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira  
 UFMG

  
 Prof(a). Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza - videoconferência  
 UFBA

  
 Prof(a). Marcelo Mendes - videoconferência  
 UFG

Belo Horizonte, 6 de fevereiro de 2017.