



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

ISSN: 1807-5762

UNESP

Campos, Orozimbo Henriques; Gonçalves, Luiz Alberto Oliveira; Andrade, Eli Iola Gurgel
A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 22, núm. 64, Janeiro-Março, 2018, p. 00
UNESP

DOI: 10.1590/1807-57622016.0314

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180158183016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores

Orozimbo Henriques Campos Neto^(a)

Luiz Alberto Oliveira Gonçalves^(b)

Eli Iola Gurgel Andrade^(c)

Campos Neto OH, Gonçalves LAO, Andrade EIG. The judicialization of Health in the perception of physician's prescribing. Interface (Botucatu).

This paper analyzes the possible interference of the pharmaceutical industry in prescriptions drugs used in lawsuits against the Brazilian National Health System (SUS). 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 theme 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.

Este artigo analisa a possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamentos usadas em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS). 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. Indústria farmacêutica.

^(a) Secretaria Municipal de Saúde de Pedro Leopoldo. Rua Flor de Jupiter, 40, Bloco 1, Apto. 803, bairro: Liberdade, Belo Horizonte, MG, Brasil. 31270-213. zimboneto@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Ciências Aplicadas a Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. jerebereokoro@gmail.com

^(c) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. iola@medicina.ufmg.br

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 setor¹. 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^{2,3}. Os conflitos tornam-se mais graves quando se considera que, no vértice de tais decisões, encontra-se uma prescrição médica^{4,5}. 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 farmacêutica e de equipamentos médicos^{6,7}. Muitas das ações judiciais executadas em estados brasileiros foram analisadas em profundidade por Asensi e Pinheiro¹ 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 2009⁸. Neste período, ocorreram 6.112 ações judiciais que demandavam diferentes tratamentos e equipamentos destinados a diversas doenças. Identificaram-se 6.601 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, seis clínicos, quatro cirurgiões, quatro infectologistas, dois pneumologistas, dois anestesiológicos, 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 Brasil⁹, 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 foi feita 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 (seis). M2, masculino, tinha o maior número dentro de todo o banco de dados (38). Outro critério foi a 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 Simbólico¹⁰. Nesse desenho, Denzin e Lincoln¹¹ 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 Flick¹² 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'¹². 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^{6,7,13}. Os estudos mostravam quanto o ponto de vista dos médicos balizava a decisão dos magistrados^{1,14}. Alguns analisaram os elos entre as empresas, universidades e o marketing de medicamentos^{15,16}. Pelo fato de os 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^{17,18}. Barros¹⁹ destaca o valor da "educação médica como um requisito para o bom desempenho profissional" (p. 147), 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 Job²⁰, estudando as 'percepções éticas' de estudantes de Medicina, identificam que 98%, em uma mostra de cem alunos, "conheciam a influência das ações das indústrias farmacêuticas" (p. 521), embora "ignorassem certos mecanismos que estas empresas utilizavam" (p. 515), tornando-os, assim, "vulneráveis à propaganda no meio acadêmico" (p. 515). 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 impropriedade²¹. 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 interagiam 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 Blumer¹⁰, 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 sociais²², 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 os prescritores estão preparados para o desafio de diferenciarem 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 judicial²³. Entretanto, essa é uma visão parcial. Por exemplo, M2 observa que a expertise de outros profissionais colabora 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” (M2).

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 conseguirem sucesso na ação corroborada.

Indústria farmacêutica e medicina

Questionando M1 e M2 acerca das estratégias persuasivas dos laboratórios para conseguirem 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 analisados¹⁹⁻²¹, M1 não atribui à mídia a

responsabilidade do *marketing* para a 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 introduzirem 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 consumirem, 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^{24,25}.

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 a, 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”. (M2)

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)²⁶, 62% dos seiscentos 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, sobretudo, 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, registram-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 o 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” (M2).

O entrevistado identifica a ética com a moral, embora os filósofos as tenham distinguido em suas reflexões. Nosella, na sua obra *Ética e Pesquisa*²⁷, 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. (p. 256)

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. Afirmar, convictamente, que não há problema nenhum em 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 à 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 conseguirem 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”. (M2)

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 1980²⁸. 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 precisam 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 alguma²⁹⁻³¹. 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 nos 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)

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)

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^{32,33} [...] 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". (M1)

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". (M2)

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". (M2)

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". (M2)

Fica claro como as indústrias farmacêuticas estão se aproximando dos prescritores, que se abrem a elas para promoverem 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". (M2)

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)

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 se investigarem 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 convencerem 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 introduzirem 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.

Colaboradores

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 lola 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; 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 Saude Publica*. 2010; 26():461-71.
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; 18Supl4:S46-50.
5. Delduque MC, Vazquez E. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(105):506-13.
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 Saude Publica*. 2012; 46(5):784-90.
7. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3):421-9.
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 Enferm*. 2011; 64(5):952-7.
10. Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortesen D, editor. *Teoria da comunicação: textos básicos*. São Paulo: Mosaico. 1980; p. 119-37.
11. Denzin NK, Lincoln YS. *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):313-26.
14. Gadelha MIP. O papel dos médicos na judicialização. *Rev CEJ (Brasília)*. 2014; Ano XVIII 62:65-70.
15. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1):190-6.
16. Rabello ET, Camargo Jr KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):557-67.

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 Saude Publica*. 2010; 44(3):383-93.
18. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc*. 2011; 20(4):884-99.
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; 34(4):515-24.
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 Saude Publica*. 2011; 45(4):706-13.
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, organizadores. *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 01/08/2013. 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; 29(102):255-73.
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; 59(130):77-90.
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Institut National de Prevention et d'Education Pour la Sante (Inpes). Guide methodologique: Structuration d'un programme d'education therapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2008 [citado 12 Jan 2013]. 20(Hors serie):1-92. Disponível em: http://www.has-sante.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 [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2013 [citado 12 Jan 2013]. Chapitre : Stratégie médicamenteuse – patientes enceintes ou envisageant de l'être. Disponível em: 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 Méd Mal Métabol*. 2011; 5(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.

Campos Neto OH, Gonçalves LAO, Andrade EIG. La judicialización de la salud en la percepción de los médicos prescriptores. Interface (Botucatu).

Este artículo analiza la posible interferencia de la industria farmacéutica en las prescripciones de medicamentos, utilizadas en acciones judiciales contra el Sistema Único de Salud (SUS). Se presenta el levantamiento que dio origen al banco de datos con procesos judiciales por medicamentos, procedimientos y equipos para el tratamiento de diversas enfermedades contra el Estado de Minas Gerais. Se justifica el análisis de la percepción de los prescriptores con el objetivo de conocer sus respectivas posiciones con relación al tema de la interferencia de la industria farmacéutica en las tomas de decisión relativas a los procesos judiciales. El modelo teórico y metodológico utilizado destaca los perfiles de los entrevistados. Finalmente, se expone en detalles el análisis de las percepciones de los prescriptores, correlacionándolas con el tema de la influencia de la industria farmacéutica en el crecimiento actual de los procesos judiciales.

Palabras clave: Decisiones judiciales. Médicos. Industria farmacéutica.

Submetido em 18/04/16. Aprovado em 11/11/16.