

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA
SANDRA MARA CAMPOS ALVES

ORGANIZADORES

ESCRITOS

DE SAÚDE COLETIVA

COLEÇÃO DE ESTUDOS DO
DOUTOR LUIZ CARLOS P. ROMERO



ESCRITOS
**DE SAÚDE
COLETIVA**

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nísia Trindade Lima

DIRETORA DA FIOCRUZ BRASÍLIA

Maria Fabiana Damásio Passos

COORDENADORA DO PROGRAMA DE DIREITO SANITÁRIO

Sandra Mara Campos Alves

ESCRITOS
**DE SAÚDE
COLETIVA**

COLEÇÃO DE ESTUDOS
DO DOUTOR LUIZ CARLOS P. ROMERO

ORGANIZADORES

José Agenor Alvares da Silva

Sandra Mara Campos Alves

Brasília

2021

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/02/1998.
Projeto gráfico, capa e diagramação: Carlos Sarina

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Escritos de Saúde Coletiva: coleção de estudos do doutor Luiz Carlos P. Romero / José Agenor Alvares da Silva e Sandra Mara Campos Alves (org.). — Brasília : Prodisa/Fiocruz Brasília, 2021.

XXIII, 328p.

ISBN: 978-65-88309-02-5.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde Pública. I. Romero, Luiz Carlos P. II. Silva, José Agenor Alvares da. III. Alves, Sandra Mara Campos.

CDU 613

CDD 362.1

Responsável: Edilenice Passos CRB-1/ 780.

DECLARAÇÕES

O SUS nasceu da ideia de sanitaristas como Romero. São profissionais comprometidos com a saúde universal, de acesso gratuito à população e que visa, juntamente com outras políticas públicas, promover o desenvolvimento dos indivíduos, das famílias e do país. Tenho muita gratidão por ter sido sua aluna, sua colega no magistério e mais tarde, na execução do projeto SUSlegis. Para que o SUS siga progressivamente em sua existência são necessários muitos Romeros!

Alethele de Oliveira Santos

Em todos os campos de atuação profissional a que se dedicou, Luiz Carlos Romero sempre se diferenciou pela calma e clareza com que apresenta suas posições, elegância no trato com as pessoas e firmeza na defesa dos direitos fundamentais e da democracia. Essa obra vem em boa hora!

Fernando Aith

Foi com agradável leitura que me deleitei no último livro de Luiz Romero, “Saúde & Política: a doença como protagonista da história”. A forma leve com que ele brinda seus leitores, me fez adquirir (acredite) dez exemplares que presenteei pessoas que me são caras. Romero reuniu centenas de referências bibliográficas e as compilou de modo inigualável em uma leitura que nos permite uma viagem pela história da saúde pública sendo norteadas pelas doenças. Ter sido chamado a estar aqui constituiu-se em uma honra e poder deixar breves palavras a esse ilustre sanitarista.

Gerson Oliveira Penna

Conheci o Dr. Romero no Prodisa – Fiocruz/Brasília, em 2009. Já era uma grande referência intelectual! Nossa primeira conversa: eu, jovem trotskista, defendendo a 4ª Internacional e, Romero, com sua experiente sabedoria, me contrapondo com a 2ª Internacional, de Kautsky e Bernstein. Bons tempos!

Jarbas Ricardo Almeida Cunha

Tive o privilégio de ser coautor em um artigo científico e de trabalhar com Romero no Projeto SUSlegis (Consolidação das Normas do SUS) em 2017. Apesar desse pouco contato, fui de imediato cativado por sua forma de conduta e passei a admirá-lo como pessoa e profissional.

João Alberto de Oliveira Lima

Conheci Luiz Carlos Romero à frente do secretariado técnico da Rede Ibero-Americana de Direito da Saúde. Nunca esquecerei as noites em Brasília quando ele me falou da sua experiência como médico de saúde pública e ativista dos direitos humanos para a América Latina, nos anos 70 e 80. Um exemplo vivo da luta pelo direito à saúde.

Joaquin Cayon

Conhecer Romero causou-me uma tremedeira retardada nas pernas. Não sabia que entrara em sala de aula numa turma em que ele figurava como aluno. Apenas o soube depois. Não sei como me saí aos seus olhos sempre atentos. Mas desde então, sua cultura, inteligência, generosidade e elegância me engrandeceram, provando que há pessoas diante das quais seremos sempre alunos. Sempre grato a Romero, minha eterna Liderança!

Luís Bernardo Delgado Bieber.

Conheci Romero no Programa Nacional de DST/Aids em 1995. Anos depois, trabalhando na UNESCO, continuei com ele uma parceria em prol da educação e saúde no Brasil. Romero é um amigo querido, maravilhosa pessoa humana e excelente profissional.

Maria Rebeca Otero Gomes

Admiro o trabalho do Caio Romero, desde 1969 quando apresentou à nossa turma médica a obra de Josué de Castro, ousadia na época! Admiro sua coerência enfrentando causas médicas difíceis e complexas, em busca de um mundo mais justo e ambientalmente equilibrado.

Olga Falceto

Vários adjetivos poderiam descrever Luiz Carlos Pelizari Romero. O primeiro que me vem à mente é a elegância em todas as formas e atos; escritor impecável, refinado e descomplicado. Sua competência conjuga a curiosidade científica com o trabalho primoroso e minucioso para detalhar o problema e propor soluções. Ético no desenvolvimento do seu trabalho, na divisão de autoria. Empático capaz de entender os colegas com suas qualidades, defeitos e limitações. Romero é um ser humano incrível.

Edilenice Passos

Convivemos mais proximamente quando Romero passou a integrar o quadro de colaboradores do Prodisa/Fiocruz Brasília. Nas discussões travadas sobre saúde coletiva e direito sanitário, resta admiração e respeito. Um profissional incansável e um grande defensor do SUS.

Sandra Mara Campos Alves

Minha convivência com o Dr. Romero se deu no Prodisa/Fiocruz quando respondia pela construção do projeto editorial da revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Não conheci um professor melhor para minhas dúvidas sobre o SUS.

Maria Ester Rodrigues

Conheci o Dr. Romero em Fortaleza, em um congresso de controle de infecção hospitalar, em 04/11/1987. A partir deste dia, ele entrou em minha vida, não só como companheiro de jornada, mas como colega de trabalho e grande incentivador da minha carreira na área de Saúde Coletiva. Com todo meu amor!

Maria do Carmo Pinheiro (Marie)

Orientador informal, Romero me indicou leituras fundamentais sobre a história das drogas, do mesmo modo como emprestou e mesmo presenteou livros quando fui pesquisador do PRODISA. Conversar sobre a política antitabagista com ele foi um privilégio!

Martinho Braga Batista e Silva

O professor Romero sempre demonstrou, durante todo o tempo em que colaborámos, um grande profissionalismo aliado a um permanente sentido de humanidade, características que definem as pessoas que fazem a diferença no mundo em que vivemos.

Paula Lobato de Faria

Existem pessoas que fazem as coisas por títulos, por status, por poder etc. Mas existem aquelas pessoas que fazem algo com propósito de melhorar o mundo, melhorar a vida das pessoas, com paixão e determinação, com esmero e sempre buscando se superar, fazê-lo melhor. É nesta segunda pessoa que eu classifico meu amigo Romero, um exemplo de profissional, pai, marido e um verdadeiro mestre

Lindemberg Assunção

Romerito, amigo irmão, quem conhece jamais esquece. Alma nobre, caráter ilibado, servidor público, sanitarista, médico, escritor, pensador, pai e avô. Espero que suas publicações sirvam de exemplo e incentivo para novas gerações. Saúde, paz e sucesso.

Antonio Carlos Beisl Noblat

Minha aproximação com o estimado companheiro de reflexões e lutas políticas no campo da saúde pública – Luiz Carlos Romero - se deu pela via do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, nosso glorioso CEBES, no seu atuante Núcleo do Distrito Federal dos idos dos anos 1990. No Senado Federal, foi um ativo consultor parlamentar permanentemente disponível às causas justas. Quando vamos chegando mais para o final da caminhada da vida, em algum momento acabamos refletindo sobre as pessoas com as quais teríamos desejado conviver mais, embora o tempo já esteja curto; entre estes, com certeza está o caro amigo Romero!

Volnei Garrafa

Foi uma honra e um prazer ter compartilhado com Romero alguns anos de trabalho na Consultoria Legislativa (Conleg) do Senado Federal, área de saúde, onde tivemos uma convivência harmônica e muito rica; ele foi um colega que sempre compartilhou sua experiência e seus conhecimentos, especialmente em alguns temas que lhe eram mais caros, como a judicialização da saúde e o combate ao tabagismo. Romero se destacou, no período em que trabalhou na Conleg, pela sua coerência profissional e atuação fervorosa em defesa do direito à saúde da população brasileira e do Sistema Único de Saúde!

Alcinda Maria Machado Godoi

Somos companheiros de jornada do Romero há muitos anos. Na ocasião em que foi trabalhar no Poder Legislativo (Senado), mantivemos contatos como parte do enorme esforço para desenvolver o direito à saúde, considerando os determinantes sociais, econômicos e políticos do Brasil. Romero foi o primeiro líder nacional no enfrentamento do tabagismo se aprofundando nas questões normativas e legais. Este “Estudos de Saúde Coletiva” reflete o peso deste quadro destacado da Saúde Pública brasileira. Além de tudo, Romero junta firmeza de posições com interesse pela humanidade. Um humanista crítico e atuante.

José do Vale Pinheiro Feitosa

Tereza Maria Piccinini Feitosa

Conheci Romero da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Vindos de sonhos diferentes na militância da saúde pública, mas engajados no objetivo maior de buscar a melhoria das condições de saúde da população. Romero na Secretaria de Recursos Humanos tinha uma missão fantástica, apoiar diferentes processos de capacitação e formação de profissionais para a rede pública de atenção à saúde. Missão cumprida com muita dedicação, profissionalismo, responsabilidade e ética no trato com as pessoas. Seu engajamento nas ações de combate ao tabagismo, desde a década de 1980, foi decisivo para consolidação de uma política pública que transcendeu diferentes períodos de governo e foi referência para vários países. A convivência com Romero sempre foi muito salutar e leal.

José Agenor Álvares da Silva

A imagem que guardo do Romero retorcendo as pontas de seu bigode, sempre me lembram que ele é o nosso eterno mentor na área de legislação em saúde, aliando conhecimento técnico-científico com uma retidão inabalável de propósitos em defesa da saúde pública e da visão humanística.”

Denis Murahovschi

Quando o conheci, era uma referência que me chegava com rosto e conversa junto com o café nos corredores da Fiocruz. Uma referência, pensava. Alguém que nos ajudou a construir um Sistema Universal de Saúde. Um mestre. Mas não só. Descobri que Romero era muito mais. Um homem generoso com bons papos e indagações sobre a vida, a política, a literatura, o Sistema de Saúde, a militância em prol do direito à saúde integral e universal a toda população brasileira. E você segue, comigo, como uma inspiração para os dias difíceis, e para os que virão, mais cheios de sol e democracia. Eles não de vir. E você florescerá com todos eles.

Silvia Badim Marques

Conheci o Dr. Luiz Carlos Pellizari Romero no Curso de Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar em 1985 sob os auspícios do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, cujo objetivo era capacitar profissionais para o Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais Universitários do Norte e Nordeste. É importante resgatar uma dívida dos farmacêuticos hospitalares deste país com Dr. Romero, pela importância que ele teve no desenvolvimento da Farmácia Hospitalar brasileira, com a contribuição dada na identificação e formação de novas lideranças para o país como também na perspectiva de capacitação de professores e da criação de disciplinas para o ensino da Farmácia Hospitalar.

Lúcia Noblat

PALAVRAS DOS ORGANIZADORES DA OBRA

Quando recebemos os textos produzidos por Luiz Carlos Romero com a tarefa de organizá-los em uma obra didática foi uma imensa alegria. De um lado, pelo deleite de sermos os primeiros a deitar os olhos sobre tão rico material, e de outro, pela leveza de tal empreitada.

A leitura dos textos escritos com a lucidez e criticidade típicas do Romero possibilitou revistar fatos históricos importantes em momentos distintos de sua trajetória profissional, seja na formulação de políticas de saúde com a responsabilidade de sanitarista atuante na proteção e promoção da saúde coletiva, seja na contribuição diuturna para a construção do SUS, bem como no acompanhamento das novidades que o cercam, demonstrando bem a natureza inquieta e ávida por conhecimento que marcam sua trajetória acadêmica e profissional.

Assim é que a obra ***Escritos de Saúde Coletiva: coleção de estudos do doutor Luiz Carlos P. Romero*** tem uma dupla natureza, apresentar às novas gerações um pouco da contribuição de um militante da saúde pública sobre alguns dos tortuosos caminhos percorridos no processo de criação do SUS, e motivá-las a engajar na defesa dessa conquista do povo brasileiro e contribuir para sua consolidação e aperfeiçoamento, independentemente da trincheira extemporânea que possa eventualmente estar ocupando.

Nos faltam palavras para agradecer ao Luiz Carlos Romero o legado produzido, a generosidade na partilha e a confiança no nosso trabalho de transformar seu sonho em realidade. Pois, como afirmou o cantor e compositor Raul Seixas, “sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha juntos é realidade”.

E o SUS de qualidade é o sonho que antigas e novas gerações sonham juntos.

José Agenor Alvares da Silva

Sandra Mara Campos Alves

ORGANIZADORES

PREFÁCIO

O Movimento da Reforma Sanitária foi um evento para ficar na história do nosso país. Movimento político suprapartidário que uniu toda sociedade brasileira que propiciou a mais profunda reforma do Estado brasileiro. As principais bandeiras desse movimento eram, entre outras, a melhoria das condições de saúde da população e o reconhecimento da saúde como direito social universal, igualitário e, especialmente, que prestasse um atendimento de saúde integral.

Antecedendo as discussões políticas da então Assembleia Nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi marco decisivo ao apontar para a Assembleia Nacional Constituinte que o movimento da reforma sanitária chegou ao Congresso Nacional, em 1986/1987, munidos de um discurso coeso, fontes jurídicas sólidas e uma proposta concreta: criar um sistema único de saúde no Brasil que permitisse a expressão máxima da cidadania do povo por seu direito à saúde.

Conseguiram inscrever no artigo 196 da Carta Política de 1988 o mais belo texto magno: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Pois bem, os reformistas, “instituintes” da maior política de inclusão social do século passado, em sua maioria já conta com os cabelos da cor do algodão e precisam repassar toda a experiência acumulada com os fatos vividos para a nova geração, para que o ideal da *Saúde como direito de todos* jamais possa morrer.

Mas como transferir experiência e conhecimento às novas gerações que não viveram aquele tempo? Simples! É na academia que o conhecimento é repassado de geração para geração, é na sala de aula, nas palestras, nos escritos que essa memória é transmitida, para que o espírito da reforma sanitária se mantenha vivo e atraindo jovens idealistas e novos reformadores.

O livro ora lançado por Luiz Carlos Romero tem essa peculiar tarefa. É o relato de alguém que vivenciou cada episódio da saúde pública brasileira, a criação do SUS e sua concretização, seja no Executivo, onde atuou por muitos anos na gestão da saúde, como no Legislativo, na qualidade de consultor legislativo, na emissão de pareceres e correção das proposições legislativas dos senadores, isso sem falar, no período em que atuou na Fiocruz, na docência e na

orientação de alunos, além do trabalho de edição científica do periódico Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.

A leitura da obra é uma viagem nos episódios mais importantes do SUS no nosso país, relatado por alguém que viveu cada movimento e cada decisão.

O livro é estudo obrigatório para todo aquele que deseja conhecer os mais importantes episódios sobre o SUS relatado pelo autor, por intermédio de seus estudos, pareceres e textos livres, escritos em diferentes momentos de sua vida profissional.

Aconselhamos a leitura atenta da obra, especialmente construída para os estudantes da Saúde Coletiva, para que se inspirem em um dos mais notáveis médicos sanitaristas do Brasil e exemplar defensor do SUS.

José Agenor Alvares da Silva

Ex-Ministro da Saúde e professor da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Fiocruz-Brasília

Maria Célia Delduque

Fundadora do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília, professora de Direito Sanitário.

Gerson Oliveira Penna

Médico

Programa Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília
Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Escola Fiocruz de Governo Fiocruz Brasília

Para Marie, companheira de vida e de ideias

O registro da memória nacional tem sido realizado por poucos, algumas vezes por deleite, como se não houvesse um liame histórico entre os acontecimentos.¹

1 JOSÉ RUBEN FERREIRA DE ALCÂNTARA BONFIM & DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO,
Ensaio Médico-Sociais de Samuel Pessoa (Prefácio)

APRESENTAÇÃO

Esses textos são o registro de ideias e reflexões sobre temas que me ocuparam a atenção, de questões que minha profissão de sanitaria me colocou. Alguns resultam de deveres de ofício – como, por exemplo, durante os muitos anos em que trabalhei como consultor legislativo no Senado Federal, com a atribuição de preparar estudos, notas técnicas e pareceres sobre temas de medicina e de saúde para subsidiar a atuação dos senadores e das comissões, e que renderam uma boa parte dos escritos alinhavados aqui.

São, assim, textos de variados tempos, formatos e estilos: estudos, artigos científicos, materiais para jornais, exposições feitas em seminários, congressos e eventos vários, extratos de documentos técnicos e relatórios de consultoria, notas, reflexões, registros – e tratam de assuntos, questões, épocas e situações vividas. Muitos dos seus temas e das questões de que tratam já são assuntos ultrapassados e problemas resolvidos. São, portanto, todos eles, textos datados – e, assim, devem ser lidos com essa perspectiva. Estão aqui porque acho que valem, ao menos, como registro histórico e podem ser de utilidade para aqueles que pensam, fazem e estudam medicina e saúde pública em nosso país.

Se não for por isso, espero que meus leitores gostem de lê-los – como eu gostei de escrevê-los.

Luiz Carlos P. Romero

Brasília, abril 2021

Sumário

1	Construção do SUS	1
1.1	Os novos paradigmas da saúde pública no Brasil (2009)	1
1.2	Vantagens e pontos críticos do processo de descentralização em saúde (1996)	7
1.3	Equidade na forma de participação no custeio como princípio que rege a organização da Seguridade Social (1998)	21
1.4	A agencificação da Administração Pública e a reinstituição do Sistema Múltiplo de Saúde (2002)	37
1.5	Participação e controle social nas ações de vigilância sanitária (2004)	39
1.6	Planos de saúde e Previdência Social (2004)	45
1.7	A crise do setor de saúde suplementar e as possibilidades de intervenção pela via legislativa (2004)	52
2	Profissões de saúde e organização do trabalho em saúde	61
2.1	A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (1999)	61
2.2	Ato médico e divisão do trabalho nas equipes de saúde (2004)	72
2.3	A regulamentação das profissões de saúde e os efeitos da aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico sobre essas profissões (2004).	74
2.4	O ensino médico no Brasil (1999)	92
3	Medicamento e assistência farmacêutica	101
3.1	Assistência farmacêutica no Brasil (1930-2003)	101
3.2	As multinacionais farmacêuticas e o direito de patentes (2004)	122
3.3	Lei de Propriedade Intelectual e Lei de Distribuição Universal de medicamentos para aids: contexto social, político e legislativo (2006)	123
3.4	A política de incentivo aos medicamentos genéricos no Brasil (2003)	131
4	Drogas e Legislação	141
4.1	Como a legislação brasileira denomina as substâncias psicoativas (1998)	141
4.2	Regulamentação do uso, comercialização e industrialização de produtos derivados de tabaco e álcool.	154
4.3	A regulamentação do uso e da propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil (1998)	160
4.4	A prevenção do uso de drogas (1998)	168
4.5	O tabaco e as finanças públicas (2000)	183
4.6	Cartão vermelho para a FIFA ou quando o esporte faz mal para a saúde (2006)	187
4.7	A experiência internacional de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis para prevenção da infecção pelo HIV (com ênfase para as ações baseadas na estratégia de redução de danos e seus resultados)	189

5	Bioética e legislação	219
5.1	A nova lei de transplantes, críticas (1996)	219
5.2	O abortamento de fetos anencefálicos e o Código Penal (2004)	223
5.3	Aconselhamento genético e legislação (2001)	224
5.4	Sobre a discriminação genética e sua criminalização – necessidade de uma legislação nacional sobre a matéria (1997)	229
5.5	A regulamentação do uso de células embrionárias em diferentes países (2004)	232
5.6	Eutanásia e o direito de morrer: legislação comparada (2004)	238
5.7	O direito de autodeterminação do paciente nas leis americanas e europeias (2004)	248
6	Direito Sanitário	255
6.1	Direito Médico e Direito Sanitário (2011)	255
6.2	La importancia de la producción normativa para la concretización del derecho a la salud en Brasil (2011)	258
6.3	Definição de perfis ideológico-partidários para estudos de produção normativa em saúde no Brasil pós-1988 (2014)	265
6.4	Participação social e lobby na produção legislativa em saúde: o caso da legislação contra o tabaco no Brasil.	275
6.5	Legislação comparada sobre doação de órgãos para transplante e tratamento (1998)	280
6.6	Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal (2007)	296
7	Medicinas	315
7.1	Sobre a regulamentação do exercício profissional da acupuntura (1999)	315
7.2	A Medicina Científica Ocidental e o último dos fundamentalismos (2004)	318
7.3	Deve-se regulamentar as medicinas tradicionais no Brasil? (2016)	323

θ (FDk<NSaAFN
% (FQk<NSaAFN
DJAKBGBHfGMN
V+EiG}oflg^k*
ndMPGDfBls^k
M)D>NDAstWHE
MNCGM*WERDGG
IBTGMjQ+Qeh*
Mverd%>*=eh

CAPÍTULO 1 – A CONSTRUÇÃO DO SUS

1.1 - Os novos paradigmas da saúde pública no Brasil. (2009)

1988 – Mudança de paradigma

Até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito social em nosso país. Nos textos constitucionais anteriores, era tratada apenas como mais um serviço público. A assistência médica era concebida como um benefício previdenciário.

A Constituição de 1988 modificou esses paradigmas ao trazer uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e atribuir ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. Ela se insere em uma visão de mundo que privilegia valores de solidariedade e de cidadania, em contraposição à concepção então vigente que valorizava o individualismo e o interesse privado.

Sua realização exigia uma nova conformação institucional – a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), unificando, integrando e organizando o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, cujas diretrizes políticas, organização, gestão e execução encontravam-se dispersas por uma dezena de organizações governamentais, como resultado de uma forma de organização do setor que remonta ao período do primeiro governo de Getúlio Vargas, na década de 1930.

Data dessa época a conformação de dois formatos institucionais diferenciados para as ações e serviços de saúde, em resposta a duas formas distintas de políticas para o setor: uma corporativa e outra universalista. Ao Ministério da Saúde foram atribuídas funções de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo. Aos Ministérios do Trabalho, inicialmente, e da Previdência Social, posteriormente, foi deixada a atuação voltada para a assistência médica.

Dessa forma, distinguiram-se e impuseram-se conotações diferentes à política de saúde de uma e outra esfera ministerial. A instituição do SUS, na Constituição de 1988, objetivava reverter essa situação.

A constitucionalização da saúde como direito social e a criação do SUS resultou de um movimento em prol de uma ampla reforma sanitária, iniciado no final da década de 1970, no âmbito do processo de redemocratização do País, que objetivava reverter o quadro de inadequação e perversidade dos sistemas de saúde vigentes, constituídos naqueles moldes e consolidados no período da ditadura militar.

Aproveitando o processo de restauração democrática, foram experimentadas várias alternativas de mudança no funcionamento e na organização das instituições federais de saúde – principalmente dos Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação – no sentido da integração de suas estruturas e programas e do desenvolvimento institucional dos serviços públicos de saúde, alcançando, inclusive, aqueles mantidos pelos estados.

Essas alternativas objetivavam a ampliação da compra de serviços ao setor público – em substituição à quase exclusiva compra ao setor médico empresarial privado; a priorização da atenção ambulatorial – em substituição ao modelo hospitalocêntrico, excessivamente *tecnificado* e caro, então prevalente; e a ampliação de cobertura.

Essas experiências deram início a um longo e difícil processo de reversão de um modelo baseado na medicina privada e mercantil, a que só tinham acesso os trabalhadores formais, para um modelo centrado em serviços públicos e de cobertura universal.

A eleição, em 1976, de prefeitos progressistas permitiu, também, que fossem implementadas experiências exitosas de sistemas municipais de saúde, com base no modelo de extensão de cobertura por meio de serviços básicos de saúde nos municípios de Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina. Para tanto, essas novas equipes de gestores municipais que se criaram desenvolveram ações baseadas no trabalho de agentes comunitários de saúde; implantaram programas próprios de controle de doenças transmissíveis; testaram a integração docente-assistencial, na busca de integrar os hospitais de ensino a seus sistemas municipalizados; institucionalizaram meios para a participação comunitária no planejamento e gestão de serviços e criaram espaços para a discussão e difusão de suas experiências.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, consagrou a nova concepção que vinha sendo desenvolvida, promovida e testada pelo Movimento da Reforma Sanitária, adotando-a como projeto político para a reforma do setor. Ao mesmo tempo, deu visibilidade ao descontentamento e à preocupação do setor privado com a expansão e o fortalecimento do setor estatal, manifestados pelos representantes da medicina empresarial que já anteviam a progressiva estatização do setor.

Com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte no ano seguinte, o embate dessas posições transferiu-se para o âmbito do Parlamento.

Na Constituinte, a posição da chamada “coalizão reformista”, resultado da aliança entre os movimentos sanitário, sindical e popular e os parlamentares “progressistas” – que defendia as propostas da 8ª Conferência e da Reforma Sanitária – acabou prevalecendo sobre o forte *lobby* orquestrado pelo setor privado dependente do Estado, isto é, prestador de serviços ao setor público, aliado aos parlamentares dos partidos mais conservadores do centro e da direita – que defendiam a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento dos mecanismos de regulação estatal, contrários à universalização.

Os representantes do sistema privado de atenção médica supletiva, constituído de setores autônomos do empresariado médico que não dependia da venda de serviços ao Estado, defendiam, igualmente, a total autonomia do setor, sem qualquer forma de regulação estatal, e aliaram-se a esse último grupo.

Pudemos observar, assim, o embate de, basicamente, duas concepções. De um lado, a concepção social-democrata – que propugnava por um sistema com características de universalização inclusiva e de caráter nacional, com as ações e serviços oferecidos predominantemente por uma rede pública com acesso universal e no qual o setor privado teria uma participação complementar. De

outro, o paradigma do modelo liberal/conservador – que concebia um sistema no qual é o setor privado o principal provedor de serviços, com a ação do Estado voltada apenas para alguns setores bem definidos, isto é, aqueles segmentos impossibilitados de, por seus próprios meios, ter acesso aos serviços privados (pobres, desempregados, idosos, minorias), sem interferir nos espaços onde já existiam articulações viáveis entre o setor privado e suas clientelas.

Como não podia deixar de ser, esse embate ideológico entre concepções de saúde e modelos de organização do sistema de saúde teve como reflexo uma ambiguidade no texto constitucional: embora tenha sido desenhado um sistema basicamente nos moldes social-democratas, ao se definirem os objetivos com base nos quais ele se organizará, foram mantidos, lado a lado, princípios de universalidade e de seletividade.

De qualquer forma, o SUS delineado pela Constituição de 1988 resultou da adoção de um novo paradigma segundo o qual a saúde não é entendida como seguro social nem está restrita a benefícios e serviços específicos de caráter contratualista. Afirma justamente o contrário: que constitui um dos direitos sociais. Nessa nova visão, o papel do Estado é o de garantir o exercício universal desse direito, por meio de políticas públicas promotoras de saúde e da garantia de acesso a ações e serviços públicos de saúde.

A construção desse novo sistema de saúde pressupunha não apenas a adoção de novos paradigmas e de um novo referencial, mas também a construção de novos arcahouços institucional e de financiamento – por sinal, previstos pela Constituição de 1988 – que consistiram na criação do Sistema de Seguridade Social e do Orçamento da Seguridade Social. No entanto, essa concepção, esse modelo, esse arcahouço institucional e esse esquema de financiamento passaram a ser paulatinamente solapados, desde que foram instituídos, pela resistência da própria burocracia do Estado e do setor e, principalmente, pela implementação de um projeto político com objetivos exatamente opostos, quais sejam a restrição do papel do Estado e a expansão dos setores empresarial e liberal de saúde.

O processo de construção do SUS – que é como é conhecido o movimento de resistência contrahegemônico às políticas de Estado posteriores a 1988, voltado para a implementação do novo sistema – resultou, assim, da capacidade de resistência, articulação e atuação daquelas forças sociais e políticas que conseguiram esculpir aqueles dispositivos na Constituição Federal.

1990 – A reforma neoliberal do Estado como contrarreforma sanitária

Nas décadas de 1980 e 1990, estabeleceu-se um novo ciclo econômico mundial, caracterizado pela aceleração do processo de integração produtiva e financeira da economia internacional, que ficou conhecido como globalização. Nesse processo, alguns países periféricos – entre eles o Brasil – conseguiram uma maior inserção nos fluxos globais de mercadorias e dinheiro.

Para que isso fosse possível, e com base na noção de que os mercados são eficientes e os agentes econômicos perfeitamente racionais, esses países, que passaram a ser referidos como

“emergentes” em razão de terem, assim, se tornado atraentes novos mercados, implementaram reformas políticas, econômicas e institucionais voltadas para o livre funcionamento dos mercados e receberam a maior parte dos fluxos de capitais provenientes dos países centrais, nos anos da década de 1990.

As repercussões dessas reformas pró-mercado no setor saúde foram importantes e resultaram na redução da participação do Estado como financiador e provedor de serviços de saúde e no estímulo à participação privada por meio da abertura do mercado nacional à produção internacional de bens de saúde e na forma de organizar a assistência médica, principalmente sob a modalidade de planos e seguros privados de saúde.

No caso brasileiro, esse processo se deu exatamente nos anos que se seguiram à entrada em vigor da nova Constituição, com a eleição de sucessivos governos de coalizão de orientação neoliberal – situação que persiste até o momento de redação deste ensaio. (2009)

Essa remodelagem da intervenção do Estado na economia reproduziu no país o que tinha sido experimentado no Chile, sob a ditadura de Pinochet, a partir de 1973, na Inglaterra de Margaret Thatcher, a partir de 1979, e nos Estados Unidos, de Ronald Reagan, a partir de 1981. Esse processo, deslançado no país a partir das privatizações em 1987, desaguou na institucionalização, em 1990, de um dos maiores programas de reforma do Estado em uma economia capitalista no mundo – compreendendo as dimensões administrativa, patrimonial e de política econômica –, caracterizado por demissões, privatizações e retirada do Estado da economia, em nome da modernização do Estado e da economia nacionais, sob a orientação de uma nova roupagem da velha ideologia liberal.

No contexto do que ficou conhecido como a reforma social-liberal do Estado, o setor público brasileiro, em busca do “Estado mínimo” preconizado pelos paradigmas liberais, deixou de ser um grande produtor e gestor de serviços públicos para se tornar um Estado normativo. A máquina estatal foi desaparelhada, em busca de modernização gerencial. O ajuste fiscal – com redução de investimentos e gastos públicos – promoveu a fragilização e, em alguns casos, a ausência, de políticas sociais. O aumento da arrecadação tributária foi destinado a fazer superávit fiscal, pagar os juros da dívida e sustentar a terceirização.

Seguindo a lógica neoliberal, o Estado transferiu, para a iniciativa privada, a liderança do processo de desenvolvimento econômico e a produção de bens e serviços e tornou-se, fundamentalmente, regulador das concessões de serviços públicos, mediante a criação de agências reguladoras especializadas, e provedor apenas subsidiário de funções públicas clássicas como educação, saúde pública e segurança. Na área social – previdência, saúde, educação, segurança –, a política favoreceu a privatização, estimulando o aumento da participação do setor empresarial privado, com predominância de valores individualistas típicos da concorrência capitalista.

Como projeto de um sistema de saúde público e universal, que pressupunha ampliação da atuação estatal, a implementação do SUS esbarrou em um processo de desestatização e redefinição do papel do Estado mais como regulador do que prestador de serviço; embora precisasse de uma ação estatal efetiva, teve de fazer frente à flexibilização da gestão pública e a uma drástica

redução dos quadros de pessoal do setor público. Quando era esperado um aumento dos investimentos governamentais para a ampliação e melhoria das redes públicas de serviços, o que houve foi a contração dos gastos públicos para o financiamento de políticas sociais e a ampliação da abertura do setor ao mundo empresarial.

Transcorridos vinte anos da promulgação da nova Constituição Federal e de vigência dessa política de Estado, convivem, no País, três sistemas de saúde: o SUS – público, de acesso universal e gratuito, financiado com recursos de contribuições sociais e tributos e atuação nas áreas da saúde individual e coletiva; o Sistema de Saúde Suplementar – privado, pré-pago, do qual fazem parte 42,5 milhões de brasileiros, financiado com as contribuições de trabalhadores e por seus empregadores, composto por pouco mais de duas mil empresas operadoras de planos privados de saúde, com atuação nas áreas de assistência médica e odontológica; e a prática liberal das diferentes profissões de saúde, à qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra, por meio de desembolso direto, de ações de atenção à saúde individual não oferecidas pelo SUS ou pelos planos de saúde.

No espaço deixado pela construção apenas parcial de um sistema público universal, o setor empresarial privado desenvolveu-se e aproveitou-se da inovação representada pelos planos privados de saúde, que lhes permitiram – pelo acesso direto a amplos segmentos de clientes representados pelas classes médias e trabalhadoras – relativa e crescente autonomia, passando a prescindir da venda, em larga escala, de serviços para o governo.

2009 – Novos paradigmas ou resistência?

Como se pode constatar, a conformação atual do setor saúde no Brasil e seu futuro próximo não decorrem da emergência ou da adoção de novos paradigmas, mas, sim, do embate ideológico entre uma concepção de cunho socialista e outra de orientação liberal, presente há pelo menos duas décadas no ambiente político nacional.

Ainda que a Constituição tenha elevado a saúde à categoria de direito social e determinado a construção de um sistema público de saúde de moldes socialistas, de cobertura universal e financiado por toda a sociedade, a realidade nos mostra que as políticas de Estado, de orientação neoliberal, vigentes desde os momentos iniciais e críticos da construção daquele sistema, favoreceram o desenvolvimento paralelo de sistemas privados de saúde: os planos de saúde – de moldes tipicamente contratualistas, ainda que objeto de regulação estatal – e a prática liberal das profissões de saúde – paradigmática do modelo capitalista liberal.

Em decorrência do predomínio, nesse embate, das políticas privatizantes pró-mercado e de retração da atuação estatal, nos dias atuais (2009) quase 60% dos gastos com saúde realizados no país são privados, isto é, feitos pelas famílias, empresas, associações, sob a forma de pagamentos de mensalidades de planos de saúde, consultas, exames, internações, órteses e próteses e, princi-

palmente, medicamentos. Desses gastos privados, mais de 60% constituem gastos diretos, isto é, saídos diretamente do bolso do cidadão.

Essa informação dá uma dimensão do limite alcançado pelo sonho de construir um sistema público de saúde universal no atual contexto político nacional e internacional.

Por outro lado, a estagnação do número de operadoras e de beneficiários de planos privados de saúde, que se observa nos últimos anos, parece demonstrar a saturação desse mercado, que, como não poderia deixar de ser, depende do crescimento das classes médias e trabalhadoras – suas principais clientelas – e do seu poder de compra. Assim sendo, cerca de 150 milhões de brasileiros – que não são beneficiários de planos de saúde e não têm renda suficiente para recorrer à prática liberal da medicina, da odontologia e da farmácia – continuam, obrigatoriamente, usuários do SUS para obter assistência médica, farmacêutica e hospitalar.

Ademais, a prática de *dumping* disfarçado, por parte dos planos de saúde e da prática liberal, que transfere para o SUS os pacientes mais caros – mais de duzentos mil necessitados de cirurgias cardíacas por ano, 95% de todos os que realizam hemodiálise, 19 mil transplantados por ano, mais de cem mil portadores do HIV e doentes de aids, além de milhões de outros necessitados de procedimentos de alta complexidade – demonstra os limites e possibilidades de atuação do setor privado lucrativo de saúde do país e as responsabilidades do setor público.

É preciso não deixar de considerar, nessa análise, a atuação do SUS em relação às ações de saúde coletiva – setor no qual o setor empresarial privado de saúde tem pouco ou nenhum interesse em atuar. Nesse campo, sobressai a qualidade do desempenho do SUS: os programas brasileiros de controle de doenças – programa nacional de imunizações, programa de controle do tabaquismo, programa de controle da Aids, para citar apenas alguns – têm reconhecimento internacional; e nossa vigilância sanitária nos confere um ambiente de consumo de bens e produtos de interesse para a saúde de elevado grau de segurança, como não dispõe nenhum outro país do mesmo nível de desenvolvimento do nosso.

Mesmo num contexto politicamente adverso, o SUS persiste, assim, como um bastião de proteção social, de distribuição de riquezas e de um novo patamar civilizatório.

Nesse período de crise do capitalismo, o grande desafio e as principais bandeiras de luta dos atores sociais comprometidos com a construção do SUS nos moldes da Constituição de 1988 consistirão, a nosso ver, em defender seus princípios organizadores – saúde como direito social, universalidade, equidade – e, principalmente, garantir, pelo menos, a manutenção do atual patamar de gastos públicos com saúde.

19 de fevereiro de 2009.

1.2 - Vantagens e pontos críticos do processo de descentralização em saúde (1996)

1 Antecedentes, histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) está constituído com base em uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e que atribui ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao pleno exercício desse direito.

Corresponde a uma visão de mundo que privilegia valores de solidariedade e de cidadania, em contraposição a concepções individualistas e privatistas. Exige, para sua realização, que transformações importantes ocorram ao nível cultural, político, jurídico e institucional.

Reflete o processo pelo qual passou o país, a partir do final da década de 70, conhecido como Reforma Sanitária, e que objetivava a reverter o quadro de inadequação e perversidade do sistema de saúde, constituído ao longo de quase meio século e consolidado no período da ditadura militar.

Inadequado, porque não dava conta de atender, por meio de um modelo hospitalocêntrico e privatista, à crescente e diversificada demanda decorrente do agravamento do quadro nosológico que emergia do processo de desenvolvimento nacional, e perverso, por deixar à margem do sistema um número enorme de excluídos.

A construção desse novo sistema de saúde pressupõe, assim, a adoção de novos paradigmas e de um novo referencial.

Alguns princípios são essenciais à ideia do SUS: a integração da Saúde ao conceito de Seguridade Social; a integralidade das ações de saúde, isto é, a indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa; a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e o controle social.

Para poder bem entender e criticar o atual momento por que passa a implantação do Sistema, em especial o processo de descentralização, em relação a suas vantagens e pontos críticos, é preciso analisar o contexto em que ela vem se dando, sua história e os atores nela envolvidos.

2. A implosão do conceito de seguridade social

A primeira dificuldade para a implementação efetiva do SUS consistiu na não-implantação do Sistema de Seguridade Social previsto no texto constitucional, obstaculizada, na opinião do Senador Almir Gabriel — um dos mentores da ideia e redator do capítulo da Ordem Social na Constituinte — pela fragmentação e *ultrasetorialização* da burocracia estatal nestas áreas, do clientelismo, corporativismo e fisiologismo herdados do regime autoritário e reciclados nos últimos anos.

Estes fatores constituíram e ainda constituem sérios obstáculos à plena integração funcional das áreas de saúde, previdência e assistência.

Assim, o referido sistema não se estruturou, não existem nem mecanismos nem vontade ou controle políticos de fazer cumprir os dispositivos constitucionais sobre a matéria, inclusive no

que diz respeito à destinação dos recursos orçamentários e o orçamento da seguridade social constitui, hoje, uma peça inútil.

A Lei Orgânica da Saúde foi aprovada com um atraso de dois anos, em 1990.

Nos governos Collor e Itamar, a ausência de uma clara definição em relação à utilização dos recursos da Seguridade Social quanto às suas diferentes destinações, permitiu — como até o momento de redação deste ensaio (1996) — que os ministérios da Fazenda e do Planejamento passassem a adotar conceitos elásticos, enquadrando como financiáveis com recursos da Seguridade um conjunto de ações de governo (educação, pagamento de pessoal civil e inativos, por exemplo) em detrimento das ações de saúde, previdência e assistência.

É estimado que este artifício desviou, só no ano de 1993, cerca de 25% dos recursos que deveriam ter sido postos à disposição do Ministério da Saúde.

No Governo Itamar, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas, implodiu definitivamente o conceito de Seguridade Social.

Uma decorrência desta situação — além, é claro, de acelerar o sucateamento do setor — é a permanente “queda de braço” — na linguagem da imprensa — entre os ministros da saúde e da fazenda e entre os ministros da saúde e da previdência que vimos assistindo nos últimos anos, onde ganha ou o ministro politicamente mais forte ou quem administra o caixa.

Em pior situação ficou a Saúde. A Previdência só foi poupada de um desvio maior de recursos em razão da resistência encontrada, no Congresso, pela área econômica do governo nas suas tentativas de centralizar, no Tesouro, a arrecadação das contribuições previdenciárias sobre a folha de salários.

Na medida em que o pagamento da dívida interna é a prioridade real do governo, os mecanismos anteriormente apontados estão desviando recursos não apenas de fonte tributária como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida.

Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais, e da Cofins em particular, os repasses ao Ministério da Saúde têm sido inferiores às necessidades da área, situação que tem se agravado ano a ano e que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras deverá amenizar.

O desmantelamento do subsistema de Assistência Social e os projetos de reforma da Previdência — que em verdade reforma toda a Seguridade e não só a Previdência — e da Administração, do atual governo, caminham no mesmo sentido.

3. Em busca da integralidade das ações de saúde

Até 1988, a assistência médica era entendida como um benefício de Previdência Social, isto é, o acesso a ela era limitado à condição de segurado e contribuinte. O Inamps — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social —, organismo estatal responsável pela prestação de assistência médica, compunha o Sinpas — Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Esse paradigma data de 1923, instituído pela Lei Elói Chaves, que criou os institutos de assistência e previdência, consolidando-se nas reformas por que passou o setor, em especial durante o período autoritário.

É bem verdade que, a partir dos últimos anos da década de 70 e, principalmente, durante toda a década de 80, já vinham sendo experimentadas alternativas de integração, na busca por expansão de cobertura. Inicialmente foi implantado o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (Pnct) nas redes das secretarias de saúde, com acesso universal e gratuito, financiado com recursos do Inamps; posteriormente, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Pnsbs), as Ações Integradas de Saúde (AIS); e, por fim, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

A ideia estava madura na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e vingou — não sem luta — na Assembleia Nacional Constituinte.

Assim, a Constituição de 1988 institucionalizou a mudança de paradigma: a assistência médica passa a ser conceituada como uma ação de saúde e passa a compor um Sistema de Seguridade Social, entendida como o conjunto integrado de políticas nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

O novo sistema perde sua característica contratualista e a saúde — e a assistência médica — passa a ser um direito de cidadania, universal, a ser assegurado pelo Estado, por meio de políticas sociais.

Mas a luta ainda não estava ganha.

O maior avanço nesse sentido ocorreu no governo Itamar Franco, com a extinção do Inamps, vista, inicialmente, como uma retomada, pelo Ministério da Saúde e pelo Governo, da doutrina do SUS.

De lá para cá, no entanto, o que vimos foi a “inampização” do Ministério da Saúde e do SUS: a prioridade orçamentária federal tem sido, nos últimos anos, nitidamente a assistência médico-hospitalar, em detrimento criminoso das ações de promoção da saúde e de prevenção.

Entre 1989 e 1995, os gastos com assistência médico-hospitalar passaram de 70 a 90 % do total de gastos federais com saúde.

Diante da insuficiência de recursos, abandonaram-se programas de controle de doenças, desarticulou-se o sistema de vigilância sanitária, sucateou-se a rede de laboratórios de saúde pública e de controle de qualidade.

A reforma administrativa proposta pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado insiste em separar saúde de assistência médica, ocupando-se apenas dessa última.

4. Os percalços da descentralização

A municipalização das ações de saúde é uma ideia antiga e cara ao movimento de Reforma Sanitária. Ela foi o tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1961, e era o eixo fundamental da reforma sanitária que se formulava no governo João Goulart e que — como todas as demais reformas projetadas então — foi jogada no cesto da história com o golpe militar de 64.

Na opinião do Prof. Flávio Goulart, da Universidade de Brasília, em estudo produzido para o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde em 1995, “com o golpe militar de 1964 estabeleceu-se, no Brasil, um definido movimento de ‘desmunicipalização’ das responsabilidades sociais”. (1)

A centralização de recursos no nível federal durante o período autoritário — em especial após a reforma tributária de 1967 — e o crescimento da oferta de serviços de assistência médica pela Previdência Social durante a década de 70 tiveram, como consequência, que estados e municípios reduzissem sua participação no investimento e no financiamento de ações e serviços de saúde.

As ações pioneiras intentadas nas décadas de 70 e 80, já citadas — Pnct, Piass, Pnsbs, AIS, Suds — testaram a estratégia de descentralização, pouco contribuindo, no entanto, para a municipalização, uma vez que as transferências federais se fizeram apenas para as secretarias estaduais de saúde e só muito excepcionalmente atingiram os municípios.

A municipalização, entendida como a competência do Poder Público Municipal para formular as políticas de saúde de âmbito local e para planejar, organizar, executar, avaliar e controlar as ações e serviços de saúde na sua área de atuação, é justificada pela maior racionalidade que permite à organização do sistema de saúde, uma vez que o poder de decisão se encontra mais próximo dos problemas a serem enfrentados.

A diretriz de descentralização é a primeira a ser citada no texto constitucional que define o Sistema Único de Saúde: “descentralização com direção única em cada esfera de governo”. Sua implementação, no entanto, sofre tantos percalços como a das demais.

As fontes e os mecanismos de financiamento têm definido as características e as possibilidades de sua materialização.

Em comparação com outros países de nível de desenvolvimento econômico semelhante ao nosso, temos sido, na última década, o país que menos gasta com saúde, seja em termos de gastos *per capita*, seja em termos de percentual do Produto Interno Bruto.

A participação da União no financiamento do SUS depende das contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social. Tanto nos anos imediatos pós-88, como atualmente, depois da implosão do Sistema de Seguridade Social, a função saúde tem sido financiada com as sobras das despesas com benefícios de Previdência.

Mesmo em períodos em que a arrecadação de contribuições sociais mostrou crescimento significativo, houve insuficiência de recursos para financiamento da saúde, em razão dessa perspectiva e dos fenômenos descritos acima.

Desde 1987, os gastos públicos federais com Saúde têm sido inferiores a 10,9 bilhões de dólares ao ano. Em 1994, após uma pequena recuperação iniciada no ano anterior, atingiu-se a cifra de 10,4 bilhões de dólares ao ano. Só em 1995 voltamos ao nível de investimentos de 1987.

Ao lado da insuficiência dos gastos públicos federais, estados e municípios também gastam muito pouco com saúde, atingindo, atualmente, em média, cerca de 9 % dos seus orçamentos, no caso dos municípios, e 6 %, no caso dos estados. É verdade que existem exceções — poucas — importantes.

Vemos, assim, que o financiamento do setor — e, conseqüentemente, a materialização da diretriz de descentralização — depende, fundamentalmente, de transferências da União para estados e municípios.

O que se viu, imediatamente à promulgação da Constituição de 88, foi a manutenção do padrão anterior, isto é, as transferências federais para estados e municípios continuaram a caracterizar-se por dependência da vontade política do doador, irregularidade e falta de equidade, favorecendo unidades federadas de melhor nível de saúde e maiores redes de serviços.

Durante o governo Collor, com o objetivo de “estimular e apoiar a municipalização das ações de saúde”, o Ministério da Saúde e o Inamps repassaram vultosas somas a municípios, a título de Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e Fator de Apoio à Municipalização (FAM), ainda que sem base legal que autorizasse esses repasses e sem fonte orçamentária específica, permitindo-se suspeitar da ilegalidade de tais procedimentos.

Esses fatos são apontados por Relatório da Procuradoria Geral da República referente aos processos investigatórios solicitados pela CPI do Inamps e encaminhado ao Ministro da Saúde e às comissões de fiscalização e controle das duas Casas do Congresso, em novembro de 1995.

Assim, durante a gestão do Ministro Alcení Guerra, no governo Collor, grande parte dos municípios beneficiados recebeu recursos em descumprimento à legislação em vigor, isto é, sem assinatura de convênio, fato que tipifica ato de improbidade administrativa. Boa parte dos municípios que receberam recursos não prestou contas ao Ministério da Saúde, o que indica malversação de recursos públicos.

O relatório da Procuradoria questionou os critérios segundo os quais se beneficiou com verbas federais apenas uma parcela dos municípios em detrimento de outros em igualdade de condições, aventando hipóteses de que esses critérios foram políticos e não técnicos ou legais e de que houve intermediação de verbas.

Desde então, o Ministério passou a adotar outros instrumentos, igualmente questionáveis, como portarias do Secretário de Assistência à Saúde, para autorizar adiantamentos, e telex-circular do Diretor do Departamento de Administração do ex-Inamps, para dispensar gestores estaduais da necessidade de prestação de contas.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) não mudou significativamente esta situação, uma vez que manteve a limitação da autonomia de estados e municípios, ao atribuir privativamente à direção nacional do SUS o estabelecimento de valores e critérios para a remuneração de serviços e de parâmetros de cobertura assistencial (art. 26), permitindo a permanência da política de transferências negociadas.

O texto da Lei Orgânica da Saúde aprovado pelo Congresso Nacional estabelecia, no entanto (§ 2º do artigo 33), que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados às ações e serviços do SUS, a serem executados pelos estados e municípios, seriam transferidos “*diretamente e de forma regular e automática*”, em conformidade com cotas previstas em programação e cronograma aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

O § 3º desse artigo determinava que 50 % desses recursos seriam distribuídos segundo critérios demográficos, “independentemente de qualquer procedimento prévio”.

O § 5º do artigo 35, por seu lado, dispensava a celebração de “convênios ou outros instrumentos jurídicos” para que se fizessem as referidas transferências.

Esses dispositivos foram vetados pelo Presidente da República, sob a alegação de que tais disposições tratam de “minúcias impróprias a lei, por outro modo factíveis”.

O veto não foi derrubado pelo Congresso, passando a ser entendimento dos organismos de controle e fiscalização que se mantinha, assim, o princípio geral constante do Decreto-Lei nº 220/67 quanto à exigibilidade de celebração de convênios para as transferências entre as esferas de governo.

A CPI do Inamps, ouvido o TCU, apontou como alternativa o encaminhamento de Proposta de Emenda à Constituição (art. 157 a 159, Secção da Repartição das Receitas Tributárias) para estabelecer que os recursos destinados à Saúde — a exemplo dos Fundos de Participação — pertencem aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Essa alternativa, no entanto — ao que se sabe — nunca foi explorada.

Soluções nesse sentido permitiriam contornar os inconvenientes das chamadas transferências negociadas, dependentes da celebração de convênios, historicamente feitas sem critérios transparentes, favorecedoras de práticas casuísticas e clientelísticas e, principalmente, mantenedora da situação de dependência de estados e municípios do governo federal, transformado, assim, em verdadeiro tutor das políticas e da atuação em saúde dos estados e municípios.

O “outro modo factível” para reinstaurar o princípio desejado pela Lei Orgânica da Saúde foi — enfim — definido pelo artigo 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Esse artigo dispõe que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, alocados para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal, serão repassados *de forma regular e automática*, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei 8.080.

Ora, o art. 7º — em vigor — da Lei Orgânica da Saúde, estatui — como outro princípio — a “utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a *alocação de recursos* e a orientação programática” (inciso VII), e o art. 35 define os critérios segundo os quais se estabelecerão os valores a serem transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

A divisão dos recursos entre estados e municípios não foi definida pela Lei e o dispositivo que determinava que a parcela a ser distribuída a municípios seria de, no mínimo, 45 % do total (art. 48 da Lei Orgânica) foi vetado pelo Presidente Collor.

Surpreendentemente, o § 1º do art. 3º da Lei nº 8.142/90 estabelece que “enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente, o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo”, isto é, um critério puramente demográfico.

Reconhecendo a insuficiência da adoção desse único critério, o Relatório da CPI recomendava, entre outras coisas, que o Ministério da Saúde procedesse aos estudos e adotasse as medidas necessárias à regulamentação do art. 35 da Lei Orgânica e à substituição do atual sistema de pagamento por AIH e UCA, “por uma forma mais justa e menos vulnerável a fraudes”.

Estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) evidenciaram a complexidade envolvida na operacionalização dos referidos critérios. Entre os estudiosos dessa questão, existe, inclusive, quem considere que o art. 35 é “irregulamentável”.

Outro estudo, realizado e publicado sob patrocínio da Representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), ao mesmo tempo em que, mais uma vez, evidenciou a dificuldade operacional de utilização de alguns dos critérios previstos na Lei Orgânica e suas ambiguidades, demonstrou que a aplicação de, pelo menos, alguns desses critérios mais objetivos permitiria uma repartição bem distinta e mais equânime que a que vinha sendo feita no início dos anos 90, época da realização do estudo.

Esse trabalho mostrou que a regulamentação do art. 35 da Lei Orgânica poderia significar um passo importante para a materialização do princípio de descentralização que presidiu a construção do texto da Constituição, indicando algumas sugestões nesse sentido.

Concluiu, além disso — e de forma surpreendente —, que a aplicação das regras fixadas na Lei 8.080/90 para definição dos valores para as transferências federais para estados e municípios resulta em uma repartição não muito diferente da que se obteria simplesmente utilizando critério puramente demográfico (*per capita*), como já previsto para incidir sobre a metade dos recursos (art. 35, § 1º).

Desconhece-se se tais subsídios foram considerados pelo Ministério da Saúde. Não se sabe, também, se o Ministério da Saúde tem feito os esforços indicados para a busca de alternativas para a substituição do pagamento por AIH.

5. O atual disciplinamento do processo de descentralização

O artigo 4º da Lei nº 8.142/90 estabelece que, para receberem os recursos que lhes cabem, municípios, estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- Fundo de Saúde;
- Conselho de Saúde;
- Plano de Saúde;
- relatórios de gestão;
- contrapartida de recursos no respectivo orçamento; e
- Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários.

O não-atendimento dos requisitos estabelecidos implica que os recursos concernentes sejam administrados pelos estados ou pela União.

Segundo essa Lei (art. 5º), as condições para a aplicação dos recursos deveriam ser estabelecidas por portaria do Ministro de Estado da Saúde.

E foi o que aconteceu: essas regras, conhecidas como Norma Operacional Básica-SUS nº 1/93 (NOB-SUS 1/93), foram baixadas pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministro da Saúde.

De acordo com a Portaria, a descentralização deve ser entendida como: redistribuição de poder, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social. Reconhece a complexidade do processo, a existência de estágios diferentes de descentralização em curso pelos vários organismos que compõem o Ministério da Saúde, pelos estados e pelos municípios e as diferentes realidades e vontades políticas dos diversos atores envolvidos. Propõe uma estratégia que privilegia a flexibilidade do processo e a negociação política. Por fim, formaliza instâncias que possam operacionalizar o processo de descentralização.

Em decorrência, a NOB-SUS 1/93 estabelece três diferentes possibilidades ou condições de gestão do Sistema para estados e municípios: incipiente, parcial e semiplena, posteriormente descritas. Essas condições constituem etapas de transição entre a situação na qual estados e municípios são tratados como meros prestadores de serviços e a municipalização plena, como definida na Constituição.

Para o enquadramento dos estados e municípios nas diferentes condições de gestão, levam-se em conta o estágio de organização do setor de saúde, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo art. 4º da Lei nº 8.142/90 e a possibilidade de assumirem as responsabilidades que lhes serão transferidas.

Segundo a Prof^a. Rosani Evangelista da Cunha, da Escola de Saúde de Minas Gerais, em estudo elaborado para o Ministério da Saúde, em 1994, “da condição de gestão incipiente à condição de gestão semiplena, há uma conquista gradativa de autonomia e de instrumentos de gestão que ampliam o espaço de governabilidade do município”(2).

No entanto, a análise dessas responsabilidades ou prerrogativas, cuja assunção leva ao enquadramento do estado ou município numa das três condições de gestão citadas, permite avaliar que — coerentemente com o processo de inampização do SUS — dizem respeito quase que exclusivamente a aspectos da gestão da assistência médica.

Senão vejamos:

- na condição de gestão incipiente, o município controla as AIH na sua área, mas os recursos financeiros ainda são repassados sob a forma de pagamento por serviços. O município deve ter seu conselho municipal de saúde instituído por lei municipal, mas não precisa ter criado o fundo municipal de saúde, basta ter uma conta especial;
- na condição de gestão parcial, o município conquista maior autonomia sobre os recursos financeiros, uma vez que passa a receber o dinheiro correspondente à diferença entre o teto estabelecido e o pagamento efetuado pelo governo federal aos prestadores de

serviço contratados ou conveniados, inclusive os serviços por ele produzidos. O gerenciamento da rede ambulatorial passa a ser assumido pelo município. Deve haver um conselho municipal de saúde, um fundo municipal de saúde e um plano municipal de saúde; é exigida contrapartida de recursos próprios e a constituição de uma comissão de elaboração do plano de cargos, carreiras e salários, no caso de o município não contar com seu PCCS;

- a condição de gestão semiplena, o município passa a receber e gerir o total de recursos financeiros de custeio, calculado de acordo com uma série histórica de gasto. Em termos de volume, o teto financeiro é o mesmo que na condição de gestão parcial, no entanto o município tem maior autonomia e responsabilidade na gestão dos recursos. Além dos requisitos exigidos para gestão parcial, aqui é exigido também que o município mantenha os sistemas de informação (SIA/SUS e SIH/SUS) e apresente termo de compromisso, aprovado pelo conselho municipal de saúde, no qual o gestor define metas pelo período de um ano.

A condição de gestão semiplena está, entretanto, longe de constituir-se na municipalização sonhada, prevista na Constituição e sua regulamentação, uma vez que continua a ser necessária a celebração de convênio para garantir a legalidade das transferências entre fundos e que não são utilizados os critérios de repartição dos recursos definidos no art. 35 da Lei Orgânica.

Os municípios que desejarem habilitar-se a alguma das condições de gestão deverão obter aprovação do conselho municipal de saúde e da comissão intergestores bipartite do estado — composta por representação da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado —, formalizando processo junto ao Ministério da Saúde, que é quem tem a palavra final.

A secretaria de estado da saúde assume a gestão das ações e serviços nos municípios não enquadrados nas condições de gestão definidas pela NOB-SUS 1/93, cabendo-lhe a decisão de repassar, ou não, a esses municípios a gerência da rede pública, a distribuição de AIH, a autorização de cadastramento de prestadores de serviços e outros instrumentos de gestão.

Os municípios não enquadrados permanecerão na condição de prestadores de serviços, isto é, receberão apenas recursos financeiros correspondentes ao pagamento dos serviços de saúde que produzirem.

6. A situação atual (1996)

A partir da promulgação da NOB-SUS 1/93, sentiu-se um redobrar de esforços no sentido de avançar a descentralização da saúde no país. A situação atual, no entanto, ainda deixa muito a desejar.

Segundo informações do Banco de Dados de Habilitações, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde a situação, em 1º de julho de 1996, é a seguinte: de um total de 4.976 municípios, 2.995, ou seja, 60,2 %, encontram-se atualmente habilitados e enquadrados em uma das condi-

ções de gestão da NOB-SUS 1/93. Essa proporção é maior nas regiões Sudeste (73,8% dos municípios) e Sul (65,1%); atinge mais da metade dos municípios nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, mas é de apenas 11,6 % na região Norte.

Entre os municípios habilitados, 75,4% encontram-se em condição de gestão incipiente; 20,8 %, de gestão parcial e apenas 3,8 %, de gestão semiplena.

Encontram-se em condição semiplena de gestão apenas 113 dos municípios brasileiros, o que corresponde a apenas 2,3 % do total de municípios. Esse conjunto, no entanto, corresponde a 15% da população brasileira (24 milhões de habitantes) e consome 22% dos recursos do SUS.

Analisando por região, vemos que a proporção de municípios em gestão semiplena é quase o dobro da média nacional na Região Sudeste (4,2%); atinge 1,8 % nas regiões Nordeste e Centro-Oeste; é pouco maior que 1% no Sul, e atinge apenas 0,5 % dos municípios da Região Norte.

A unidade federada com maior número de municípios em condição de gestão semiplena é o Estado de São Paulo, com 43 municípios nessa condição, seguido dos estados de Minas Gerais (14) e do Ceará (10). Sessenta por cento dos municípios em condição semiplena de gestão encontram-se nessas três unidades federadas.

Dez estados, cinco dos quais na região Norte, não têm nenhum município em condição de gestão semiplena, entre eles o Amapá que, por sinal, tem a totalidade de seus 15 municípios inabilitados.

Dentro desse quadro, uma série de experiências bem sucedidas de municipalização e de gestão municipal de saúde puderam prosperar e ser conhecidas. Elas fazem parte do que foi denominado pelo Prof. Flávio Goulart, da Universidade de Brasília, de “o SUS que deu certo”. O estudo desses casos permite identificar erros e acertos da municipalização em saúde no Brasil. Elas demonstram que as administrações municipais podem ser — e algumas delas têm sido — competentes, capazes e criativas.

Em todos esses municípios, na opinião do Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, Presidente da Comissão Organizadora da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se entre 2 e 6 de setembro próximo, “a transferência da gestão para o nível municipal resultou em melhora concreta do atendimento e do acesso, com queda vertical no volume de fraudes e irregularidades, comprovando o acerto da política de municipalização e regionalização quando bem conduzida”.

Os estudos referidos evidenciam, entre outras coisas, que:

- O porte do município parece ser um fator condicionante da forma de gestão pleiteada, com tendência nítida de os municípios maiores assumirem condições mais avançadas de gestão (parcial e semiplena).

- O avanço no processo de gestão municipal ocorreu, com muita frequência, acompanhando o fortalecimento da estrutura de poder municipal. A busca e a experimentação de processos e instrumentos gerenciais mais racionalizadores, mais democráticos e autônômicos em saúde não era isolada, mas, em uma proporção grande dos casos estudados, faziam parte de um processo de modernização da administração municipal como um todo. Em alguns locais, entretanto, era o setor saúde que se adiantava no processo e definia um ritmo mais intenso.

- Importantes áreas de responsabilidade no âmbito das novas atribuições dos municípios que passaram a gerir seu setor saúde não foram assumidas por eles. Assim, por exemplo, enquanto uma

alta proporção de municípios passou a assumir o controle de endemias e epidemias — atribuição praticamente exclusiva do nível federal, no antigo modelo —, um em cada quatro não mantinha sistemas de vigilância epidemiológica. A vigilância sanitária também não foi assumida por igual proporção de municípios que tiveram sua saúde municipalizada. A assistência farmacêutica foi assumida de forma amadorística pela maioria dos municípios. Igualmente a questão dos recursos humanos — que tem assumido um caráter estratégico, nesses últimos anos, no setor como um todo — tem sido tratada de maneira bastante incipiente por eles, ou simplesmente não foi tocada.

– Na área de assistência médica, a municipalização tropeçou em sérios problemas, entre eles o fato desses municípios não terem assumido as funções de fiscalização e controle dos serviços credenciados e contratados. A tragédia de Caruaru e o episódio da Clínica Santa Genoveva ocorreram em municípios cuja saúde está municipalizada. No primeiro caso, a CPI que investigou as mortes dos pacientes descobriu que o Secretário Municipal de Saúde soube do fato pela imprensa e nunca tinha fiscalizado as clínicas envolvidas, apesar de repassar volumes significativos de recursos em pagamento de serviços dela contratados pelo SUS, concluindo que aquela Secretaria “atuou, no caso, como se não existisse”.

Muitos municípios tiveram e têm problemas sérios no que diz respeito a referência às especialidades médicas, por conta das resistências e bloqueios que dificultam o estabelecimento de relações de referência e contrarreferência.

São significativas as dificuldades de vários municípios em obter número e distribuição adequados de leitos para urgências e emergências.

– Na maioria dos casos, não houve adequação das estruturas administrativas das prefeituras e secretarias municipais de saúde às novas atribuições advindas do processo de municipalização. Em decorrência dessa dificuldade, a maioria desses municípios vem atuando com uma estrutura informal ou paralela, marcada pelas relações pessoais entre técnicos e dirigentes.

Os principais problemas encontrados são a concentração de atividades em poucas unidades administrativas; deficiência de unidades de administração e financeira; inexistência de unidade de desenvolvimento de recursos humanos; precariedade das redes de comunicação; indefinição de papéis e competências das unidades administrativas; inadequação dos planos de cargos e dos quadros de pessoal e inexistência ou inoperância de organismos de controle e fiscalização.

7. Controle social e negociação política

A diretriz de “participação da comunidade” na organização do SUS está também no texto constitucional (art. 198, III). Sua regulamentação se fez, como vimos, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (art. 1º).

A participação da comunidade ou — como se prefere chamar atualmente — o controle social se faz na forma institucionalizada pela Lei 8.142/90, ou seja, pela criação e funcionamento de duas “instâncias colegiadas”: as conferências de saúde e os conselhos de saúde, onde usuários

do sistema terão, necessariamente, representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos nelas representados (governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços).

As conferências de saúde, a serem realizadas a nível municipal, estadual e nacional, convocadas pelo Poder Executivo, deverão reunir-se a cada quatro anos para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”. O Poder Executivo ou os conselhos de saúde poderão convocar conferências extraordinárias (art. 1º, § 1º).

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados permanentes, compostos por usuários do sistema, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. Têm caráter deliberativo e “atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo” (art. 1º, § 2º).

Um estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade de Minas Gerais (Cunha, 1994) encontrou “dados bastante significativos em relação ao cumprimento dos requisitos definidos pela Lei 8.142/90”. Segundo esse estudo, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Ceará, a quase totalidade dos municípios informa a existência de conselho municipal de saúde. Esse número só é significativamente menor nos estados de Amazonas (46%) e Sergipe (48%).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente o número de municípios que contam com conselhos de saúde instalados é de 3.000, isto é, 60% dos municípios brasileiros.

Os estados que apresentam maior número de conselhos municipais organizados são também os que realizam o maior número de conferências de saúde.

Não conheço estudos sobre a efetividade e os resultados do funcionamento dessas instâncias e sua repercussão, tanto em termos da implantação de um efetivo controle social sobre a formulação de políticas de saúde e sua implementação, quanto em termos de resultados para a melhoria das condições de saúde da população ou da qualidade das ações e serviços. O risco de manipulação dos conselhos e conferências, quer pela tecnoburocracia, quer por interesses político-partidários, foi relatado, sem, no entanto, reduzir sua importância como meios institucionalizados e aperfeiçoáveis de controle social que — por sinal — são raramente encontrados em outros setores da vida nacional e em outros países.

Foi em reconhecimento à complexidade de atores sociais e interesses envolvidos na construção do sistema — razão pela qual os avanços têm sido tão lentos e os retrocessos frequentes — que se adotaram as atuais diretrizes de negociação e pactuação e os novos mecanismos para institucionalizá-las.

Assim, a NOB-SUS 1/93 nasce da assunção, pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, de que a implantação efetiva do SUS, em especial da diretriz de descentralização, depende da “ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, mais do que de qualquer outra coisa.

Está no texto do Anexo da Portaria o conceito de que “a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões”.

Assim, instituíram-se as instâncias em que o diálogo, a negociação e a pactuação possam ocorrer: são as comissões intergestores bipartites, em nível de cada estado — reunindo, paritariamente, dirigentes da secretaria estadual de saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde — e a Comissão Intergestores Tripartite, em nível federal — reunindo, também paritariamente, representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite tem por finalidade “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implementação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”.

As comissões intergestores bipartites constituem, nos termos da Portaria, “instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”.

Também, não há estudos sobre avaliação dessas políticas e estratégias.

8. Em conclusão

O processo de descentralização da saúde, dispositivo constitucional, está-se fazendo de forma lenta em nosso país, em virtude da oposição sistemática de instâncias da burocracia estatal, da atuação da bancada privatista no Congresso Nacional e da crise dos estados brasileiros.

As experiências de municipalização bem conduzidas, ainda que em pequeno número, mostram que a implementação da diretriz de descentralização tem sido seguida de melhoria da qualidade dos serviços e do acesso e de redução do número de fraudes e de malversação de dinheiros públicos.

Existe um SUS que deu certo, mas esse não é mostrado pela imprensa.

Referências

1. Goulart, F A. A. *Municipalização: Veredas (Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil)*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 1995.

2. Cunha, R E. Os Caminhos da Municipalização da Saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde* (Curitiba), v.1, n.0, p.7-9, maio 1994.

1.3 - Equidade na forma de participação no custeio como princípio que rege a organização da Seguridade Social.

Seguridade ou saúde?

A Proposta de Emenda à Constituição n.º 18, de 1998, de autoria do Senador Leonel Paiva (PFL-DF) e outros, propõe revogar um dos objetivos segundo os quais é organizada a Seguridade Social em nosso País, qual seja o de “equidade na forma de participação no custeio”.

Desde 1988, a seguridade social, isto é, o conjunto de meios com os quais a sociedade se organiza para proporcionar, a seu corpo social, um grau satisfatório de garantia, frente à doença, à velhice, ao desemprego, ao desamparo e outras impossibilidades de manutenção por meios próprios, passou a ser reconhecida, explicitamente, no texto constitucional, como componente essencial da ordem social.

Enquanto matéria dos textos constitucionais anteriores, “saúde” e “previdência social” constavam apenas de dois dispositivos referentes aos direitos dos trabalhadores, na Constituição de 1967, não havendo nenhuma menção à “assistência social”, nela ou nas anteriores (1).

Na Constituição de 1988, o “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, passou a ser conceituado como “Seguridade Social” (2).

Segundo a Constituição, compete ao poder público organizar a seguridade social, com base em um conjunto de “objetivos”, entre eles o de que deve haver equidade na forma de participação de seu custeio.

Em relação a essa questão, estabelece a Constituição que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos fiscais da União, das unidades federadas e dos municípios e de contribuições sociais de trabalhadores e empregadores, além de parcela da receita de concursos de prognósticos.

Na justificação da PEC 19/98 fica evidente que seus autores visam alterar não os mecanismos de financiamento da seguridade social como um todo, mas, precipuamente, os da saúde. Segundo os autores, “ao retirar [o objetivo de equidade no custeio da seguridade] (...) aumentam as opções individuais quanto à busca de atendimento de serviços de saúde”. E, mais adiante, “com essa emenda, poder-se-á regular por lei ordinária a possibilidade de que contribuintes da seguridade social tenham alíquotas diferenciadas, de acordo com o fato de que contribuam ou não para sistemas de saúde privados.”

Texto de apoio à proposta, de autoria do Senador Leonel Paiva, mentor da PEC, defende que os trabalhadores que participam de planos e seguros privados de assistência à saúde encontram-se “penalizados por bitributação, ou seja, pagam por um serviço de saúde pública que não utilizam, além de pagar por outro serviço de saúde privada, ao qual sempre recorrem”.

Para concluir, o Senador Leonel Paiva crê que “nada é mais justo e humanitário do que reduzir o pesado ônus dessa parte de nossa população, e cobrar dos órgãos governamentais ação firme contra as verdadeiras causas da condição corroída da Seguridade Social no país: a ineficiência, a falta de fiscalização, ilicitudes etc.”

Fica, assim, evidente, que o objetivo é mexer na sistemática de financiamento do setor saúde e a forma encontrada foi a de alterar o dispositivo constitucional que dispõe sobre o financiamento da seguridade social. Forma essa que pressupõe, ainda, pelo menos três simplificações: a de que a causa da “condição corroída” da seguridade social é a ineficiência e a falta de fiscalização, mas não os mecanismos de seu financiamento; a de que é uma “questão de justiça e humanidade” permitir que quem paga plano ou seguro privado de saúde deva contribuir menos para a seguridade social; e a de as contribuições sociais para a saúde destinam-se a financiar apenas a assistência médica, isto é, que confunde saúde com assistência médica.

Assim, o estudo discutirá o conceito de equidade e suas relações com o conceito de justiça social (item 2); analisará os desdobramentos da implementação dos dispositivos constitucionais relativos ao financiamento da seguridade social e da saúde (item 3) e reverá, brevemente, a evolução histórica do mercado de serviços privados de saúde em nosso País (item 4). Espero assim estar oferecendo um conjunto de subsídios que permitam caracterizar o contexto político e filosófico em que se inscreve a PEC 18/98 e, ao mesmo tempo, discutir os argumentos que a justificam.

Equidade como princípio fundamental de justiça social

O conceito de equidade é ideológico.

No entender do liberalismo clássico, a saúde e o bem-estar social pertencem ao âmbito do privado, devendo seu equacionamento e satisfação serem deixados para a família, a comunidade e os serviços privados. Qualquer intervenção do Estado nessa área seria antinatural, por afastar as formas tradicionais de proteção social baseadas na família e na comunidade; antiprodutiva, por engendrar a dependência e o paternalismo e, por tutelar a atuação dos empresários do setor e limitar a concorrência, desorganizar a produção. A intervenção do Estado impediria a realização plena da livre iniciativa.

Para os liberais clássicos, a equidade desejada é aquela caracterizada pela igualdade de oportunidades: com oportunidades iguais, prevaleceria a desejada competição, da qual resultaria o sucesso ou fracasso dos indivíduos segundo seus méritos, habilidades e talento. É a desigualdade o motor da iniciativa individual. Do ponto de vista do mercado de bens e serviços, a competição teria o papel saneador de excluir os empreendimentos que oferecessem produtos e serviços mais caros e de pior qualidade.

Em relação à seguridade social (saúde, previdência, assistência), as necessidades de cada um – uma vez garantida a igualdade de oportunidades – deveriam ser satisfeitas pelos mecanismos de mercado.

A crise de 1929-30 mostrou que a liberdade total de mercado não era uma garantia nem da igualdade de oportunidades nem do individualismo e, menos ainda, da realização plena da livre iniciativa, princípios caros à ideologia liberal. A liberdade absoluta no mercado acabou desorganizando a produção por destruir a concorrência, ao favorecer a concentração das empresas e a constituição de monopólios, ao mesmo tempo em que não dava conta de equacionar problemas decorrentes da complexificação da vida nas sociedades modernas: a gestão dos bens públicos, as necessidades dos sistemas de defesa, a administração do Estado, a previdência social etc. Em vista disso, os neoliberais passam a propor, como novo princípio, a garantia da concorrência, para o que pedem a intervenção do Estado.

Se para o liberalismo clássico equidade significava igualdade de oportunidades, para o neoliberalismo, tinha o significado de igualdade de condições para o exercício pleno da liberdade e da individualidade, reconhecendo a necessidade de um certo grau de intervencionismo estatal como forma de garantia da democracia e das condições para uma concorrência real. Na área da seguridade social, propõe-se o seguro social, segundo o qual o patrão deve segurar seus operários contra os riscos sociais, a doença, a velhice, a invalidez e o desemprego. A saúde – predominantemente reduzida a sua dimensão de assistência médica – é entendida como um campo mercantil privado e não como algo da esfera pública. O Estado somente deve intervir com o objetivo de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e para produzir os serviços que os agentes privados não podem ou não querem produzir e aqueles que são de rigorosa apropriação pública, ou seja, os chamados bens públicos.

O socialismo se apresenta com outra perspectiva: a de que o Estado deva servir como meio para corrigir distorções sociais de fundo. Equidade é entendida não apenas como igualdade de oportunidades e condições, mas como igualdade de resultados, isto é, o direito de todos de terem suas necessidades humanas atendidas. Para tanto, define, como regra de distribuição, “a cada um conforme as suas necessidades”.

Em relação à saúde, mais do que simplesmente garantia de acesso a serviços para todos, ou “um mínimo de cuidados” para todos, o socialismo entende que saúde é um bem público e a equidade buscada é a de padrões de saúde os mais semelhantes possíveis para todas as classes. Num quadro de graves desigualdades, como é o nosso, essa equidade buscada se confunde com justiça distributiva e reconhece como necessária uma discriminação positiva, isto é, favorece a busca pela compensação para áreas ou grupos menos favorecidos.

Em relação ao conceito de seguridade social, ela não mais é entendida como seguro social nem restrita a formas de benefícios e serviços bastante específicos, mas como um conjunto de ações visando a assegurar o direito à saúde, à previdência e à assistência social, sem caráter contratualista e afirmando que esses direitos são universais. Aqui, o papel do Estado é o de garantir o exercício universal desse direito por todos os cidadãos.

Fica evidente que a conceituação e a estruturação de sistemas de seguridade social – e de saúde, por suposto, – sofre influências ideológicas de seus formuladores. “A despeito das diferenças de abordagem, pode-se inferir a existência de duas categorias, representando opções extremas

dentro do modelo capitalista: a orientação liberal/conservadora e a social-democrata. Cada uma delas irá condicionar, em um primeiro momento, a opção ou não pela equidade e, em segundo lugar, a própria concepção de equidade, segundo noções de justiça social” (3).

Na Assembleia Constituinte de 1987-88, o embate ideológico entre concepções neoliberal e social-democrata de modelos de organização da seguridade social e do sistema de saúde ficou evidente (4) e – como não podia deixar de ser – transmitiu-se, como uma ambiguidade, para o texto constitucional que desenha um sistema de seguridade social basicamente nos moldes social-democratas, mas, ao definir os objetivos com base nos quais ele se organizará, mantém, lado a lado (incisos I e III do parágrafo único do art. 194), princípios de universalidade e de seletividade.

Este embate não arrefeceu com a promulgação da nova constituição; ao contrário, “a pesada desigualdade social, a crise financeira do Estado, bem como a existência de um sólido setor privado de oferta de serviços relativamente autonomizado e apoiado pelo surgimento de diversas inovações financeiras capacitadoras do acesso de amplos segmentos a estes serviços são, entre outros fatores, elementos estruturais e conjunturais que definem caminhos e especificidades do sistema de proteção social brasileiro neste momento crucial de ruptura”.(5) A proposição de emenda à Constituição como a que estamos analisando inscreve-se na continuidade desse embate ideológico.

As inovações financeiras a que se refere o texto citado são, principalmente, o desenvolvimento dos fundos privados de pensão e dos planos e seguros privados de assistência médica. Entre os elementos estruturais e conjunturais, seria útil analisar como, após a promulgação da Constituição de 1988, se comporta a tecnoburocracia do estado frente a, de um lado, a crise de financiamento do Estado e as várias ondas de recessão e crise política e, de outro, o tentador grande volume de recursos representado pelas receitas de contribuições sociais, em relação à receita tributária total da União, decorrente da posta em marcha dos mecanismos de financiamento da seguridade previstos.

A equidade e o financiamento da seguridade social pós-88.

Países como a Inglaterra – cujo sistema de seguridade social é paradigmático da concepção social-democrata –, outros países europeus e o Canadá criaram um sistema com características de universalização inclusiva num sistema predominantemente público e de caráter nacional. Seu financiamento é feito por via fiscal, com participação universal, o que assegura um componente redistributivo que decorre da progressividade do sistema tributário. As ações e serviços são oferecidos predominantemente por uma rede pública com acesso efetivamente universal. O setor privado tem uma participação suplementar.

Ao contrário, os Estados Unidos – o paradigma do modelo liberal – construíram um sistema de seguridade social no qual é o setor privado o principal provedor de serviços, com a ação do Estado voltada a setores bem definidos, isto é, aquelas pessoas que sejam ou estejam impossibilitadas de, por seus próprios meios, ter acesso aos serviços privados (pobres, desempregados, idosos, mi-

norias). A tradição liberal norte-americana impede uma ação estatal universalizante que interfira nos espaços onde já existem articulações viáveis entre o setor privado e suas clientelas.

A partir de meados da década de 1960, no entanto, mesmo esse modelo acabou exigindo ajustes que se refletiram, por um lado, numa participação crescente da intervenção do Estado, financiando, com recursos de origem fiscal (*Medicaid*, para os pobres) ou caráter contributivo (*Medicare*, para os idosos), ações para garantir o acesso a serviços de saúde de seguimentos inaptos a, por sua própria conta, se articularem à rede privada de oferta desses serviços. Por outro lado, reforçou-se uma rede filantrópica pré-existente, com amplos subsídios estatais. Para completar o quadro, os gastos privados mudaram sua composição, deixando de ser predominantemente de pagamento direto para se realizar predominantemente através de esquemas securitários. Hoje, os seguros privados são a forma predominante de financiamento do acesso particular ao sistema de saúde americano.

A operacionalização do conceito de equidade, na formulação e implementação de modelos e sistemas de seguridade social e de saúde tem desembocado, nas sociedades democráticas ocidentais, em políticas dirigidas, principalmente, para a provisão de serviços que deem conta das maiores necessidades de proteção social.

A própria Organização Mundial de Saúde-OMS operacionaliza esse conceito com a ambivalência do embate ideológico que também se faz em seu seio: ao mesmo tempo em que define equidade como a criação de oportunidades iguais em saúde – bem ao modo liberal –, incorpora o princípio social-democrata de igualdade de condições – que se realiza através da intervenção estatal para garantir acesso universal a serviços de saúde.

Embora a Constituição de 1988 estabelecesse que o dever do Estado, para garantir o direito à saúde, deveria ser exercido “mediante política sociais e econômica que vissem à redução do risco de doença e de outros agravos” e não apenas pela garantia de “acesso universal e igualitário às ações e serviços”(2), a operacionalização desses princípios, na prática, mostrou-se muito diferente do planejado.

A primeira dificuldade para a implantação efetiva do Sistema de Seguridade Social previsto no texto constitucional foi sua obstaculização, na opinião do Senador Almir Gabriel – um dos mentores da ideia e redator do capítulo da Ordem Social na Constituinte –, pela fragmentação e *ultrasetorialização* da burocracia estatal nas áreas de previdência, saúde e assistência social e pelos clientelismos, corporativismo e fisiologismo herdados do regime autoritário e reciclados nos últimos anos. Esses fatores constituíram e ainda constituem sérios obstáculos à plena integração funcional das áreas de saúde, previdência e assistência.

Assim, o referido sistema não se estruturou, não existem nem mecanismos nem vontade política de fazer cumprir os dispositivos constitucionais sobre a matéria, inclusive no que diz respeito à destinação dos recursos orçamentários, e o orçamento da seguridade social constitui, hoje, uma peça inútil.

“Alguns setores burocráticos promoveram uma resistência passiva às mudanças, enquanto outros setores das elites políticas e burocráticas se mobilizavam em torno de duas ideias-força

relacionadas, mas não logicamente interdependentes: a da ingovernabilidade e a de reformas pró-mercado” (7).

Ao mesmo tempo, boicotes e não-decisões pautaram o padrão de atuação do Tesouro em relação ao Orçamento da Seguridade Social.

Para atingimento do princípio de equidade no custeio do sistema de seguridade social – principal mecanismo identificado pela Assembleia Constituinte para operacionalizar o princípio da equidade –, a solução definida foi a universalização do seu financiamento por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos fiscais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais de empregados e empregadores. A diversidade das fontes de financiamento é essencial na medida em que condiciona, operacionalmente, a integralidade das ações de seguridade.

Para isto, a Constituição de 1988 instituiu um Orçamento da Seguridade Social, separado do Orçamento Fiscal, e um esquema de financiamento que, ao mesmo tempo em que garantiu ao setor uma disponibilidade de recursos que poderiam viabilizá-lo – a receita das contribuições sociais passou a representar mais da metade da receita tributária da União –, passou, por isso mesmo, a ser disputada pelo Tesouro, às voltas com as perdas que o novo federalismo fiscal implantado após 88 impunham e com o agravamento das necessidades de pagamento da dívida.

A disputa pelos recursos da seguridade social se baseava na tese, defendida pela área fazendária do governo, da necessidade de receitas livres. Inicialmente, a ausência de uma clara definição em relação à destinação dos recursos da seguridade social, permitiu – como até hoje – que os ministérios da Fazenda e do Planejamento passassem a adotar conceitos elásticos, enquadrando como financiáveis com recursos da seguridade um conjunto de ações de governo (pagamento de encargos previdenciários da União, custeio e pessoal dos Ministérios da Previdência, da Saúde e, inclusive, de docentes de hospitais universitários, entre outros) em detrimento das ações de saúde, previdência e assistência. A Seguridade Social passou a ter uma infinidade incontrolável de sócios, a disputar as receitas de contribuições sociais, desviadas para as mais diferentes finalidades e sob critérios de classificação absolutamente arbitrários, contrariando o espírito e a letra da nova Constituição.

É estimado que esse artifício desviou, só no ano de 1993, cerca de 25% dos recursos que deveriam ter sido postos à disposição do Ministério da Saúde, por exemplo.

Logo após, ainda em 1993, a disputa envolveu a forma de financiamento do Sistema Único de Saúde, quando o Ministério da Previdência, em convivência com as autoridades econômicas, deixou de repassar para o Ministério da Saúde as contribuições de empregadores e trabalhadores, recolhidas pelo Ministério da Previdência.

O processo, por fim, se completou com a criação do Fundo Social de Emergência que, na prática, representou o virtual aniquilamento do Orçamento da Seguridade Social.

Outro mecanismo que tradicionalmente tem desviado recursos de contribuições sociais para o orçamento fiscal consiste na apropriação, pelo Tesouro, dos rendimentos de aplicações financeiras das disponibilidades de caixa que decorrem da arrecadação, pelo Tesouro, das contribuições sociais. O Tribunal de Contas da União estima que, por meio desse artifício, do total da remunera-

ção das disponibilidades do Tesouro Nacional no período de 1990 a 1995, cerca de 6,7 bilhões de reais se referiam a recursos da seguridade social.

Na medida em que o pagamento da dívida interna é a prioridade real do governo, estes mecanismos acima apontados estão desviando não apenas recursos de fonte tributária como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida.

Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) em particular, os repasses ao Ministério da Saúde têm sido inferiores às necessidades da área, situação que tem se agravado ano a ano e que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) conseguiu amenizar.

A própria destinação dada aos resultados da arrecadação da CPMF pelo governo atual e o desvirtuamento do papel supletivo que se lhe atribuiu enquanto proposição legislativa, passando a ter substitutiva de aportes de receita, caracterizam a vitória da área econômica do governo na sua política de defesa de “receitas livres” e explicam a implosão do conceito de seguridade social e de seu esquema de financiamento, instituídos pela Constituição de 1988.

De parte do setor empresarial, a resistência à participação que dele se esperava, após 88, no financiamento da seguridade também se fez pela interposição de ações contra a cobrança da Cofins.

Compõe também esse quadro, o protelamento do processo de regulamentação do setor, um embate que durou anos de *démarche* entre o Legislativo e o Executivo até que se elaborassem e sancionassem as leis orgânicas da saúde, da previdência e da assistência social.

O mercado de serviços privados de saúde no Brasil e sua evolução

Na medida em que a PEC terá repercussões importante no mercado de serviços de assistência médica e no financiamento das ações e serviços de saúde pública, mantidos pelo Estado, vamos dar uma olhada sobre como se compõe aquele mercado, hoje, em nosso país; como ele se conformou; e porque afirmo que, agora, ele está menos dependente de recursos públicos, exatamente por decorrência de inovações financeiras.

O segmento de serviços privados de saúde esteve, desde sua conformação, voltado para a venda de serviços ao setor público como estratégia prioritária de capitalização e rentabilidade.

Esta estratégia tem sua origem nos contratos e convênios firmados entre o segmento e as antigas caixas e, posteriormente, institutos de aposentadoria e pensão, com o objetivo de prestar assistência médica aos seus respectivos beneficiários, isto é, a determinadas categorias de trabalhadores e seus dependentes.

A estratégia se manteve com a unificação dos institutos, quando, em verdade, o número de contratos e de entidades privadas contratadas passou por um forte crescimento, decorrente da expansão de cobertura.

Entre 1970 e 1982, o número de internações hospitalares disponibilizadas pelo setor público passou de 2,8 para 13,1 milhões, ao ano. Durante a primeira metade da década de 70, não menos de 95 % destas internações foram feitas na rede privada contratada, proporção esta que passou a reduzir-se a partir de 1976. No entanto o setor privado ainda respondia por mais de 80 % das internações pagas com dinheiro público em 1987.

A opção privatista do governo manifestava-se nas políticas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seu sucessor, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), de priorizar a compra de serviços junto à rede privada, ao mesmo tempo em que se dirigiam para esses agentes privados as linhas de financiamento do Fundo de Apoio Social (FAS), política esta que, em 1977, por exemplo, destinou 80% dos valores dos financiamentos aprovados para a área de saúde para o setor privado e de forma predominantemente subsidiada.

A década de 1980 evidenciou uma significativa mudança nas políticas do setor saúde, valorizando-se o desenvolvimento de serviços ambulatoriais, em substituição à política de hospitalização em largas proporções. O número de internações reduziu-se bastante, mas não tanto a participação do setor privado contratado que, ao final da primeira metade dos anos 1980, absorvia a metade dos recursos desembolsados pelo Inamps.

Esta participação, no entanto, veio reduzindo-se gradativamente desde então.

As estratégias de universalização da assistência à saúde implementadas no período, foram responsáveis pela diversificação da rede conveniada prestadora de serviços, da qual passaram a fazer parte, com formas especiais de contrato, a rede filantrópica, os serviços públicos e os hospitais universitários. A rede filantrópica, em especial, passa, de uma parcela muito pequena, a receber, de forma crescente, os recursos financeiros antes destinados à rede contratada.

Os sindicatos e empresas, no entanto, passaram a buscar, crescentemente, nos seus serviços próprios ou por meio de convênios com empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, a assistência médica para seus empregados e filiados.

As políticas de preços pagos pelo setor público contratante nos últimos anos acrescentam, a esse quadro, perspectivas pouco otimistas.

Dessa forma, ainda que os sistemas governamentais continuem fortemente dependentes do segmento privado contratado, suas perspectivas tornam-se não muito otimistas, obrigando-o a buscar mercados alternativos para dar ocupação à sua capacidade instalada e manter rentabilidade. As empresas e sindicatos, além das famílias, são este mercado presente e futuro.

Insatisfeitas com o serviço médico-hospitalar da rede pública, as empresas das regiões mais industrializadas do país, em especial as multinacionais que, em suas matrizes, já ofereciam benefícios de assistência médica e social a seus empregados, passaram, já nos anos 1960 e 1970, a buscar no setor privado estes serviços.

A partir de 1986, as dificuldades de implementação do Sistema Único de Saúde que permitisse a todos os brasileiros acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme a norma constitucional, decorrentes das más políticas de saúde dos últimos anos, da carência crônica de recursos para o setor e do sucateamento

dos serviços públicos de saúde fez com que os planos de saúde e seguros-saúde se transformassem na solução disponível para as classes médias e as empresas obterem a assistência à saúde que não mais era oferecida para suas famílias e empregados pelos serviços públicos. Nos anos recentes, não apenas as classes médias estão sendo atingidas pelos novos esquemas de financiamento, como também os setores de mais baixa renda, situados nas posições inferiores das estruturas hierárquicas das grandes empresas públicas e privadas.

Os planos de saúde mantidos por empresas de medicina de grupo têm, atualmente, segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), 17 milhões de beneficiários, 80% dos quais em convênios com empresas e 20% em planos individuais ou familiares. 40 mil empresas mantêm convênios. Existem cerca de 250 empresas de medicina de grupo atuando no País. A concorrência no setor é, hoje, acirrada: a maior empresa do segmento não chega a deter 10% do mercado; as dez maiores não atingem 20%.

As empresas de medicina de grupo mantêm 200 hospitais, 18.600 leitos e 2.600 centros de diagnóstico próprios. 3.800 hospitais, com um total de 345.000 leitos são credenciados. Cerca de 30% dos recursos humanos atuando nesse segmento são assalariados diretamente pelas empresas, os demais são credenciados. Elas são responsáveis por 86 milhões de consultas médicas e 1,6 milhão de internações hospitalares ao ano.

Tanto a rede própria das empresas de medicina de grupo como a credenciada por elas cresceu, em termos de unidades, em cerca de 80% nos últimos cinco anos. Em termos de leitos credenciados, no entanto, este crescimento foi da ordem de 230%.

O seguro saúde é, hoje, a modalidade de seguro que mais cresce no setor e, na opinião dos especialistas da área, será o principal produto da década.

Instituído legalmente no País em 1966, mas somente implantado em 1977, o seguro saúde sempre apresentou crescimento positivo, com incremento real do volume de prêmios arrecadados, apesar das contingências recessivas. Ainda assim, até recentemente atraía relativamente poucos segurados: em 1987 apenas 3,6% das pessoas beneficiárias da assistência médica supletiva tinham um seguro-saúde.

A grande explosão do setor aconteceu em 1994. Todo o mercado segurador cresceu em 64% naquele ano, com um peso muito grande do seguro-saúde, e mostrou um crescimento de cerca de 25% do volume de prêmios arrecadados só com seguro-saúde, em 1995, em relação a 1994.

Estima-se que cerca de 40 milhões de brasileiros possuem um plano ou seguro de saúde atualmente e que o setor movimenta, por ano, cerca de 17 bilhões de reais.

A chamada assistência médica supletiva, por meio de seus planos de saúde e do seguro saúde, foi, assim, a solução buscada, nos últimos anos, pelos trabalhadores e pelas classes médias para resolver seu problema de assistência médica frente ao abandono do Estado de seu papel.

O sistema, inclusive, prevê a manutenção de uma forma de subsídio indireto ao setor, ao permitir o abatimento dos gastos pessoais e familiares com mensalidades de planos e prêmios de seguros de saúde do Imposto sobre a Renda. Trata-se de mais uma perversidade do sistema uma

vez que os que menos podem pagar serviços de assistência médica subsidiem, via renúncia fiscal, os que podem.

O que se viu, assim, foi que paralelamente ao desenvolvimento de um arcabouço jurídico-institucional que visada à universalização de cobertura, com caráter francamente distributivo, desenvolveu-se, por parte do mercado privado de provedores de serviços de assistência médica, toda uma estratégia alternativa de financiamento que lhes permitiu, ao mesmo tempo, sua independência do setor público e uma alavancagem de demanda.

Do lado do setor público, ao invés de um crescimento da oferta de ações e serviços coerente com o princípio da universalização, o que se viu foi o retraimento dos investimentos no setor e do seu custeio, o sucateamento dos equipamentos existentes, a queda da qualidade dos serviços, as filas, que funcionam como mecanismos de racionamento e expulsão do sistema daqueles segmentos populacionais menos resistentes a ele, isto é as classes com possibilidade de financiar seus gastos com saúde pela via da securitização e de obter sua satisfação na rede de serviços privada. Restou ao setor público voltar-se para o atendimento dos segmentos sociais mais carentes, sem poder de compra e de inserção no mercado da assistência médica privada.

A esse fenômeno foi atribuído a nome de “universalização excludente”(5): “assim, percebe-se claramente a conformação tendencial do sistema de saúde brasileiro, em que cada vez mais seus dois componentes – público e privado – se autonomizam em termos financeiros e em sua lógica de expansão e articulação com as clientelas demandantes. (...) Podemos supor a existência de um processo de “universalização excludente”, em que cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda da qualidade dos serviços, filas etc.) que expulsam daqueles diversos segmentos sociais.”

Mudança de paradigma (saúde ou assistência médica?)

Até 1988, a assistência médica era entendida como um benefício de Previdência Social, isto é, o acesso a ela era limitado à condição de segurado e contribuinte. O Inamps, organismo estatal responsável pela prestação de assistência médica, compunha o Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Este paradigma data de 1923, instituído pela Lei Elói Chaves que criou as caixas de assistência e previdência, consolidando-se nas reformas por que passou o setor, em especial durante o período autoritário.

É bem verdade que, a partir dos últimos anos da década de 1970 e, principalmente, durante toda a década de 1980, já vinham sendo experimentadas alternativas de integração, na busca por expansão de cobertura, inicialmente com a implantação de um Programa Nacional de Controle de Tuberculose (Pnct) nas redes das secretarias de saúde, com acesso universal e gratuito, financiado com recursos do Inamps; o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass); o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Pnsbs); as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, por fim, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

A ideia estava madura na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e vingou – não sem luta – na Assembleia Nacional Constituinte.

Assim, a Constituição de 1988 institucionalizou a mudança de paradigma: a assistência médica passa a ser conceituada como uma ação de saúde que como vimos, passa a compor um Sistema de Seguridade Social, entendida como o conjunto integrado de políticas e ações nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

O novo sistema perde sua característica contratualista e a saúde – e a assistência médica – passam a ser um direito de cidadania, universal, a ser assegurado pelo Estado, através de políticas sociais.

Mas a luta ainda não estava ganha.

O maior avanço nesse sentido ocorreu no governo Itamar Franco, com a extinção do Inamps, vista, inicialmente, como uma retomada, pelo Ministério da Saúde e pelo Governo, da doutrina do SUS.

De lá para cá, no entanto, o que aconteceu foi a “inampização” do Ministério da saúde e do SUS: a prioridade orçamentária federal é, nos últimos anos, nitidamente a assistência médico-hospitalar, em detrimento criminoso das ações de promoção da saúde e de prevenção. Entre 1989 e 1995, os gastos com assistência médico-hospitalar passaram de 70 a 90 % do total de gastos federais com saúde.

Frente à insuficiência de recursos, abandonaram-se programas de controle de doenças, desarticulou-se o sistema de vigilância sanitária, sucateou-se a rede de laboratórios de saúde pública e de controle de qualidade.

Esse movimento – denominado de contrarreforma – é uma retomada do modelo anterior à redemocratização do País, que priorizava a assistência médica em detrimento da medicina preventiva e da saúde pública e a assistência hospitalar em detrimento da atenção primária de saúde.

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela Constituição Federal de 1998, baseia-se em uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e que atribui ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao pleno exercício desse direito.

Corresponde a uma visão de mundo que privilegia valores de solidariedade e de cidadania, em contraposição a concepções que valorizam o individualismo e o privado. Exige, para sua realização, que transformações importantes ocorram ao nível cultural, político, jurídico e institucional.

Reflete o processo pelo qual passou o País, a partir do final da década de 1970, conhecido como Reforma Sanitária, e que objetivava a reverter o quadro de inadequação e perversidade do sistema de saúde, constituído ao longo de quase meio século e consolidado no período da ditadura militar.

Inadequado porque não dava conta de atender, através de um modelo hospitalocêntrico e privatista, à crescente e diversificada demanda decorrente do agravamento do quadro nosológico

gico que emergia do processo de desenvolvimento nacional. Perverso por deixar à margem do sistema um número enorme de excluídos.

A construção desse novo sistema de saúde pressupõe, assim, não apenas a adoção de novos paradigmas e de um novo referencial, mas também da construção de um novo arcabouço institucional e de financiamento.

Esta institucionalização e seu esquema de financiamento foram previstos pela Constituição de 1988 e consistiram na criação do Sistema de Seguridade Social e do Orçamento da Seguridade Social. Essa concepção, esse modelo, esse arcabouço institucional e esse esquema de financiamento vem sendo paulatinamente demolidos desde sua instituição, em 1988. A PEC n.º 18/98 é parte desse processo.

Como uma conclusão

1. A exclusão do princípio da equidade no financiamento da seguridade social é apresentada pelos propositores da PEC 18/98 como uma questão de justiça e humanidade. Como se poderá ser justo e humano que não se aceite partilhar entre todos o ônus da doença, da velhice, do desemprego? Poderá se manter, ainda hoje, o argumento dos que defendem a igualdade de oportunidades numa sociedade como a nossa onde são crescentes as desigualdades de renda, de meios, de recursos, de acesso? Tem nossa sociedade estrutura e meios para limitar a ação do Estado e abandonar os desvalidos da sorte às formas tradicionais de proteção social baseadas na família e na comunidade? Essas formas tradicionais se mantêm em nossas comunidades? Será realmente justo e humano que os que menos podem pagar por serviços de saúde subsidiem os que podem, seja ao permitir-se que esses contribuam diferenciadamente, seja pela via da renúncia fiscal?

2. A Constituição de 1988 instituiu um sistema de seguridade social e de saúde baseados na solidariedade e no reconhecimento de que elas, seguridade social e saúde, são direitos sociais indivisíveis. Previu um arcabouço institucional e de financiamento eficaz, de tal forma que os recursos aportados pelas contribuições sociais são maiores que a receita tributária da União, a tal ponto que passaram a ser disputadas pelo Tesouro, a título de defesa da liberdade de receitas. Desde sua instituição, esse sistema, arcabouço institucional e mecanismos de financiamento vêm sendo solapados sistematicamente pela tecnoburocracia do Estado e pelo empresariado, numa luta ideológica de reinstituição dos princípios neoliberais não hegemônicos no processo constituinte. Será possível, nesse contexto, atribuir à ineficiência e à falta de fiscalização a razão da “condição corroída da seguridade social”?

3. De que liberdade econômica precisa o setor privado de serviços médicos para “alcançar a justiça e a eficiência”? Desde sua constituição, em nosso País, foi sempre caudatário do Estado, vivendo e se desenvolvendo às custas do apoio financeiro governamental: os recursos da Previdência Social cobrindo grande parte do custeio de seus serviços e o FAS financiando a expansão da rede e sua modernização tecnológica. Como, ao reduzir a atuação do Estado e limitar a contribuição das classes altas e assalariadas (as que pagam planos e seguros de saúde) no custeio da seguridade, poder-se-ão “aumentar as opções individuais quanto à busca de atendimento de serviços de saúde”? Esta seria,

ao contrário, mais um subsídio indireto àquele segmento, e – por retirar recursos do setor público – uma forma de reduzir e não ampliar opções individuais de atendimento.

4. Também não procede a afirmação de que as pessoas que usam os serviços de planos e seguros privados de saúde “pagam por um serviço de saúde pública que não utilizam”. As contribuições sociais não financiam apenas os serviços de assistência médica, mas todo um conjunto de ações e serviços de saúde. Toda a sociedade é beneficiada quando, com seu dinheiro, o governo faz controle de doenças, mantém vigilância sanitária de alimentos, medicamentos e outros produtos de interesse para a saúde coletiva, quando fiscaliza serviços, quando promove obras de saneamento e executa programas de alimentação e nutrição. Mesmo na área da assistência médica, pelo menos 70% dos atendimentos de urgência e emergência são feitos em prontos-socorros e serviços de emergências públicos; da mesma forma, os procedimentos de alta complexidade – transplantes, hemodiálise, cirurgias cardíacas e oncológicas etc. – são realizados, na sua quase totalidade, no âmbito do SUS. Essas áreas pouco ou nada rentáveis não interessam à iniciativa privada e se não fosse o Estado a prover esses serviços eles não seriam disponibilizados para a grande maioria da população, inclusive para aqueles que pagam planos e seguros de saúde – que não os oferecem a seus beneficiários e segurados.

Para concluir: a Proposta de Emenda à Constituição nº 18, de 1998, insere-se naquele movimento ideológico de orientação liberal radical que visa a – nas próprias palavras de seu principal proponente – redefinir instrumentos e paradigmas que estão presentes na Constituição Federal, com vista a reinstaurar, em nosso País, um arcabouço jurídico-institucional mais coerente com o projeto neoliberal que, durante os últimos vinte anos, resultou em um ciclo de empobrecimento e deterioração das condições de vida e trabalho dos povos latino-americanos, em tributo ao livre mercado e à globalização.

20 de maio de 1998.

Referências

1. Teixeira, A. et al. O financiamento da Seguridade Social. Brasília: Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), fev. 1989.
2. Brasil. Constituição Federal. de 1988, art. 194. Brasília: Senado Federal, 1998.
3. Jardimovski, E. & Guimarães, P.C.V. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. Saúde em Debate, n. 42, p. 10-5, mar.1994.
4. Gomes, M.A. Equidade e universalidade do Direito à Saúde: representação de interesses no Congresso Nacional, 1987/1990. Tese (doutorado) Departamento de Ciência Política e Relações Internacionais da Universidade de Brasília. Brasília, 1996.
5. Faveret F^o, P. & Oliveira, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. DADOS - Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p 257-83, 1990.
6. Melo, M.A. Reformando a Reforma. Interesses, atores e instituições da Seguridade Social no Brasil. São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 4, p. 69-77, 1996.
7. Da Graça, T. Relatório de Auditoria do TCU sobre a Seguridade Social. Nota Técnica n.º 29/97. Consultoria de Orçamentos do Senado Federal. Brasília, s/d.

1.3 - Subsídios para um pronunciamento sobre a aprovação de emenda constitucional vinculando recursos orçamentários para a saúde (PEC da Saúde) e seus reflexos no desempenho do setor (2000)

A Emenda Constitucional recentemente aprovada¹ culminou o trabalho e a perseverança de toda uma geração de defensores da construção de um sistema de saúde mais justo e mais eficaz para o nosso país.

A PEC da Saúde, que lhe deu origem, teve um longo e difícil percurso nas duas casas do Congresso e só foi possível prosperar porque contou com o apoio da sociedade e porque ficou por demais evidente que seria impossível de contornar – sem o aporte de mais recursos – a situação de insuficiência do setor frente ao agravamento da situação de saúde e o crescimento das necessidades de assistência da população.

A participação da União no financiamento do SUS depende das contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social. Na medida em que o pagamento da dívida é a prioridade real do governo, esse vem adotando, sistematicamente, uma série de mecanismos que estão desviando não apenas recursos de fonte tributária como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida.

Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais e do Cofins em particular, os repasses ao Ministério da Saúde têm sido, desde 1988, inferiores às necessidades da área, situação que tem se agravado ano a ano e que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras conseguiu amenizar.

Tanto nos anos imediatos pós-88, como atualmente, depois da implosão do Sistema de Seguridade Social, a função saúde tem sido financiada com as sobras das despesas com benefícios de Previdência. Mesmo em períodos em que a arrecadação de contribuições sociais mostrou crescimento significativo, houve insuficiência de recursos para financiamento da saúde.

Ao lado da insuficiência dos gastos públicos federais, estados e municípios também gastam muito pouco com saúde. É verdade que existem exceções – poucas – importantes.

Estava, portanto, na hora, de serem definidos os recursos de que o sistema necessita.

Os novos aportes de recursos para o setor, previstos em decorrência a da aprovação da PEC da Saúde, são, assim, muito bem-vindos, mas essa ainda não é a solução final do problema: alguns tópicos merecem reflexão.

Em primeiro lugar há que considerar que são recursos bem-vindos, mas ainda insuficientes para as necessidades de um sistema que se propõe a ser universal e eficaz: mesmo com o aporte previsto, ainda estaremos gastando com saúde bem menos do que gastam, em média, os países subdesenvolvidos. Em comparação com outros países de nível de desenvolvimento econômico

¹ É possível que já tenha sido promulgada, na data de realização do pronunciamento.

semelhante ao nosso, temos sido, na última década, o país que menos gasta com saúde, seja em termos de gastos *per capita*, seja em termos de percentual do Produto Interno Bruto.

Em segundo lugar, a sistemática, os critérios e os parâmetros com que são feitas as transferências intragovernamentais precisam ser reavaliadas e redefinidas – o que, por sinal, é previsto de ser feito por lei complementar, no texto da Emenda aprovada.

A experiência recente da implementação da Norma Operacional Básica de 1996 – que transferiu um volume bem maior de recursos e responsabilidades para estados e municípios – evidenciou que a simples transferência de recursos sem o correspondente desenvolvimento institucional e técnico das secretarias estaduais e municipais de saúde e – principalmente – sem a vontade política dos dirigentes em todos os níveis da administração em assumir seus respectivos papéis e responsabilidades no processo – atores a quem está faltando, nas palavras do próprio Ministério da saúde, a ‘ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei’ – pode ser, simplesmente, uma fórmula de piorar a situação da oferta de serviços e da saúde da população.

Sem reverter a tendência histórica de retração dos investimentos de capital, a transferência de mais recursos de custeio a estados e municípios resultou na demonstração de sua incapacidade de gasto e na devolução de recursos ao Fundo Nacional de Saúde.

Não será possível ampliar eficácia – leia-se acesso, resolutividade – sem investimentos em infraestrutura, em instalações e equipamentos tecnologicamente diferenciados.

Dessa forma, com a perspectiva de novos aportes de recursos para o setor em decorrência da aprovação da PEC da Saúde, a perspectiva que se abre é a de “intensificação da construção do novo modelo assistencial” – expressão usada pelo Conselho Nacional de Saúde em seus documentos mais recentes – cujo foco deve ser a ampliação da eficácia do sistema, isto é, a busca por efetividade dos resultados e por impacto na saúde da população.

Nessa perspectiva, uma série de novos e velhos problemas voltam a ordem do dia, entre eles:

- de ampliar o acesso, a cobertura e a resolutividade;
- de promover articulação dos serviços básicos com os de média e alta complexidade e organizar o funcionamento das redes hierarquizadas e regionalizadas, definindo as responsabilidades legais das secretarias estaduais e municipais de saúde;
- avaliar e ampliar as possibilidades da ação de controle social pelos conselhos de saúde;
- rever e ampliar o papel das comissões intergestores, em especial com o objetivo de valorizar e promover o planejamento ascendente; e
- garantir acolhimento e vínculo humanizados.

Por fim, é difícil pensar em ampliar a eficácia do sistema com a atual política de recursos humanos, caracterizada pela ausência de planejamento; por um aparelho formador que entrega ao mercado profissionais inadequados e mal preparados – e que os abandona tão logo os forma – e por uma política de salário, jornadas e progressão desestimuladora.

17 de agosto de 2000.

1.4 - A agencificação da Administração Pública e a reinstituição do Sistema Múltiplo de Saúde (2002)

‘Agencismo’

É preciso, inicialmente, esclarecer que sou um médico especialista em Saúde Pública e que não sou versado nem Direito Público nem em Administração Pública. Apesar disso chama-me a atenção e me preocupa o fenômeno do ‘agencismo’ que tomou conta da Administração Pública, o seu entendimento, mesmo por pessoas que considero esclarecidas, como panaceia, e seus reflexos sobre a construção – tão trabalhosa e com tantos inimigos – do Sistema Único de Saúde.

As criação de agências, isto é, essa nova forma de autarquia que entrou em moda, é compreensível à luz do que dispõe a Constituição Federal sobre as competências da União, para exercerem ações reguladoras sobre duas situações: a execução de atividades privadas sujeitas a regulação estatal, isto é, aquelas que, por sua relevância pública têm sua regulamentação, fiscalização e controle atribuída ao Poder Público, e quando se trata de serviço público concedido, isto é, um daqueles serviços em relação aos quais a Constituição permite a substituição da ação governamental direta pela de entes privados, mediante autorização, concessão ou permissão (telecomunicações, radiodifusão, energia elétrica, transportes etc.).

As primeiras agências criadas realmente tinham função tipicamente reguladora e a abrangência acima. No entanto, não só não ficaram nisso – ampliando seu espectro de atuação para além da mera regulação – como começaram a ser criadas outras em áreas não previstas, como meio-ambiente, saúde, seguros etc.

A criação de agências acabou virando uma panaceia para ‘melhorar o serviço público’ e, como solução, se difundiu como fogo no mato seco.

Essa ‘agencificação’ produziu, no meu ponto de vista, uma concentração de poder como nunca se viu na Administração Pública: além da regulação, passaram a desempenhar também funções paralelas às do Legislativo e dos tribunais administrativos, e a atuarem com poder de polícia. Atuam como legislador, promotor e juiz. E agora aparecem também ‘agências executoras’. Tudo isso com uma grande autonomia, não questionada.

E acham que não têm que prestar contas a ninguém.

Quando da crise de energia, por exemplo, o Presidente da Agência a que, supostamente, estava afeta a questão negou-se a prestar informações ao Senado por não se considerar alcançável pelo dispositivo constitucional que dá às Casas do Congresso poder de convocação de ‘titulares de órgãos diretamente subordinados à Presidência da República’ a prestarem informações. Ninguém fez nada. Não vi ninguém reclamar. Ficou por isso mesmo.

As agências e o Sistema Único de Saúde

No âmbito do SUS, a ‘agencificação’ está alcançando níveis tais que concorre para desconstruir o princípio constitucional da direção única em cada esfera de governo.

Quando a situação dos planos de saúde ficou insuportável, no ano passado, e os usuários se dirigiram ao Ministro da Saúde, ele disse não ter nada com isso, que, agora, era responsabilidade do Presidente da Agência de Saúde Suplementar. É claro que teve de voltar atrás. Mas o episódio deixou claro que esse é o ‘espírito da coisa’.

Com a criação de um conjunto de agências – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar e, agora, Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (Apec), concluiu-se um processo que vinha sendo urdido desde 1988: a ‘inampização’ do Ministério da Saúde.

Com a retirada de sua competência da regulação, fiscalização e até mesmo da execução de um conjunto ações e serviços típicos de saúde pública – vigilância sanitária, saúde suplementar, controle de doenças – o que sobra para o Ministério da Saúde? A assistência médica e a assistência farmacêutica – exatamente as atribuições do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Mas a ‘inampização’ não se restringe à passagem das atribuições de saúde pública da esfera do Ministério da Saúde para agências autônomas: todo o processo de financiamento do setor continua basicamente fundamentado no pagamento de procedimentos – como fazia o antigo Inamps. A ação ou serviço que não puder se caracterizar como um ‘procedimento’ não tem como ser remunerada e, portanto, ninguém quer produzi-los. Um exemplo disso são as ações de educação para a saúde. Como os procedimentos laboratoriais auxiliares do diagnóstico clínico são melhores pagos, os laboratórios de saúde pública se restringem a fazer exames de fezes, de urina e de sangue pedidos pelos clínicos, ao invés dos testes necessários ao controle de doenças e vigilância sanitária.

Só fico esperando a epidemia de dengue do verão do ano que vem – ou quem sabe a reurbanização da febre amarela, que alguns já estão vaticinando – quando o Ministro da Saúde vai poder dizer que não tem nada com isso: ele só tem responsabilidade com a assistência médica; o controle de doenças é responsabilidade da Apec.

O ‘agencismo’, como remédio prescrito para a Administração Federal da Saúde, constitui, a meu ver, uma tentativa de reinstituição do Sistema Múltiplo de Saúde.

Brasília, 13 de março de 2002.

1.5 - Participação e controle social nas ações de vigilância sanitária (2004)

A vigilância sanitária sempre foi vista como “um braço distante do Sistema Único de Saúde” e constitui um dos campos de atuação do SUS mais carentes de controle social. (1)

A recente construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – que, realmente, deu um grande desenvolvimento para esse setor – foi paradigmática desse fato, na medida em que o processo não contou sequer com a participação do conjunto de entidades que viriam a compor o referido sistema, quanto mais com participação popular.

Lucchese (2), em seu estudo de 2001 sobre os rumos da vigilância sanitária no Brasil, conclui que a nova agência [a Anvisa] e o novo Sistema, apesar do longo período de gestação, nasceram em ambiente de escasso debate técnico e político, exatamente o que poderia tornar o processo decisório mais sensível ao controle social.

A falta de espaço para a participação social no processo de construção e formalização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – e, posteriormente, na sua operacionalização –, no entanto, não decorre meramente de uma concepção antidemocrática. Demonstra, bem mais, a dificuldade que temos em conceber políticas e modelos de atuação no campo da vigilância sanitária que sejam participativos.

Se o tão desejado controle social está sendo difícil de obter em outros campos do fazer sanitário, em relação à vigilância sanitária essa dificuldade é maior. A nosso ver, basicamente, duas razões explicam essa dificuldade: o modelo adotado em nosso País para a organização das ações e serviços de vigilância sanitária – o atual Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, baseado em uma agência reguladora – e o fato de que o conceito de vigilância sanitária não faz parte do universo cultural da grande maioria de nossa população, incluindo os trabalhadores de saúde e as autoridades sanitárias.

Em decorrência disso, não desenvolvemos, até então, nem modelos nem processos que permitam a identificação, a mobilização, a participação e a contribuição dos segmentos populacionais interessados que, por sinal, nem sabem que são interessados.

O Sistema Único de Saúde tem experiências significativas de controle social. Entre outros, o controle da aids é um exemplo de atuação bem sucedida do SUS, cujos bons resultados, inclusive, dependeram e dependem, grandemente, da participação e do controle social.

Nesse caso, implementou-se uma política baseada na mobilização social e no fortalecimento dos segmentos e grupos sociais mais vulneráveis e na participação de suas representações nas instâncias de decisão política e na execução de ações.

No caso da vigilância sanitária, para começar, não conseguimos identificar sequer quem são nossos interlocutores, isto é, quem são os segmentos sociais de quem nos interessa a participação e o controle. Conseguimos visualizá-los, no máximo, na qualidade de consumidores de produtos e serviços de saúde, e, de forma muito limitada, sua participação se faz por meio de representa-

ções que não são, exatamente, organizações sociais, mas organizações governamentais do Sistema de Proteção e Defesa do Consumidor, e que muito raramente se fazem fora do nível central do Sistema.

Considerando as prerrogativas de que dispõe o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – que intervém no espaço em que atuam forças de mercado e no jogo de interesses econômicos, e cujos resultados influirão, direta e dramaticamente, nas condições de vida e de saúde de grandes contingentes populacionais –, mecanismos visíveis de participação e controle social sobre o direcionamento de suas políticas são essenciais para prevenir a sua captura por parte de agentes privados, afastando o Sistema de sua missão institucional, por influência dos setores organizados de maior poder econômico e político.(3)

Esses mecanismos, no entanto, são ainda muito precários.

A primeira dificuldade: o modelo

A doutrina que orienta a criação de agências regulatórias como a Anvisa – organismo central do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária –, se baseia no princípio de que sua eficiência decorre, exatamente, da autonomia e da existência de controles *a posteriori*.

Pressupõe a existência de instituições sólidas e um regime democrático forte, no qual os mecanismos tradicionais – de controle de contas e parlamentares –, associados a conselhos formais e à atuação da imprensa são suficientes para o controle da administração.

Nesse contexto – agravado pelas dificuldades de conceber um processo participativo nos moldes preconizados para o funcionamento do SUS – as soluções postas em prática para conferir controle social às instâncias centrais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, isto é, à atuação da Anvisa, consistem em três mecanismos: as conferências de vigilância sanitária, um conselho consultivo da Anvisa e uma ouvidoria.

Conferências nacionais de vigilância sanitária

O primeiro evento com as características de uma conferência de saúde tratando de vigilância sanitária, isto é, voltado para a avaliação da situação e proposição de diretrizes, com a participação de representantes dos vários segmentos sociais interessados, aconteceu em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde e tratou da “saúde do consumidor”.

Esse evento é considerado, pelos funcionários da Anvisa, como a 1ª conferência de vigilância sanitária, ainda que não tenha recebido esse nome, formalmente, e que a que foi denominada “1ª Conferência” só tenha ocorrido em novembro de 2001.

Uma das recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde era a realização de uma “conferência temática setorial em vigilância sanitária”. As 9ª, 10ª e 11ª conferências nacionais renovaram essa indicação. No entanto, ela só aconteceu em 2001, quando o Conselho Consultivo da Anvisa aprovou a realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária que, por fim, veio a reali-

zar-se em duas etapas: a preparatória, entre julho e outubro de 2001, e a nacional, realizada em Brasília, entre 26 e 30 de novembro daquele ano.

Um dos primeiros problemas da Comissão Executiva consistiu, exatamente, em “enfrentar certas incompreensões acerca da especificidade da área de vigilância sanitária e suas implicações no tocante às representações dos distintos segmentos” (4).

Apesar disso, a etapa de preparação incluiu a realização de, pelo menos, 120 encontros, com a participação de, no mínimo, 13.500 pessoas, e 16 conferências estaduais, das quais participaram cerca de 5.000 pessoas. Na opinião da Comissão Executiva, “um expressivo contingente, nunca antes registrado, discutindo a temática de vigilância sanitária”. A etapa nacional envolveu 1.206 participantes.

Como não poderia deixar de ser, entre as conclusões da conferência estão o reconhecimento da insuficiente atuação dos conselhos de saúde no exercício do controle social e a quase inexistência de discussões sobre temas relativos à vigilância sanitária no seu âmbito. Coerentemente, dentre as principais propostas da conferência, uma dizia respeito à necessidade de criar instâncias consultivas na área de vigilância sanitária no âmbito dos conselhos estaduais e municipais de saúde e outra, à necessidade de inclusão da temática de vigilância sanitária na pauta de reuniões desses conselhos. (5)

Não existem informações para evidenciar se e quanto dessas recomendações foram implementadas, mas elas continuam na ordem do dia.

Conselho consultivo

O Conselho Consultivo da Anvisa propõe-se como a principal arena de controle social da política, das ações e dos serviços de vigilância sanitária a nível federal.

É um órgão colegiado que acompanha e aprecia o desenvolvimento das atividades realizadas pela Anvisa, requerendo informações e fazendo proposições a respeito das ações desta.

Compõe-se de doze membros, representando os ministérios da Saúde, da Agricultura e Abastecimento, e da Ciência e Tecnologia; dos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde; das confederações nacionais das indústrias e do comércio; da comunidade científica; da Confederação Nacional de Saúde; do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e da Fundação Procon de São Paulo.

Diferentemente dos conselhos de saúde que funcionam nos níveis nacional, estadual e municipal, não tem caráter deliberativo nem a participação dos usuários é paritária em relação aos demais segmentos representados na sua composição.

Os “usuários” são concebidos como “consumidores” e representados por instituições de consumidores. Com apenas dois dos doze votos, dificilmente podem fazer prevalecer seus interesses nesta “arena formal de intermediação de interesses”, sem negociar alianças.

Ouvidoria

Tem a responsabilidade de receber, analisar e propor medidas para atender as reclamações e sugestões de setores regulados, usuários e consumidores.

Tem autonomia em relação à Diretoria da Agência.

As estruturas estaduais e municipais responsáveis pelas ações de vigilância sanitária, importantes componentes do sistema pelo seu papel na descentralização e desconcentração da atuação, não passaram nem de leve pelas transformações que ocorreram no nível central, encontrando-se, estrutural e funcionalmente, muito longe do que se espera delas em relação às competências e funções que o sistema lhes reserva.

Com uma enorme carência de recursos de toda ordem, são absolutamente ineficientes e – no que diz respeito ao controle social – não contam sequer com os mecanismos incipientes estabelecidos a nível central do sistema.

Nos estados e municípios, vigilância sanitária raramente ou nunca é tema de discussão nos conselhos de saúde; não existem conselhos, quer consultivos quer deliberativos, nessa área; e são praticamente inexistentes os canais de ouvidoria pública na área de saúde e, em especial, na área de vigilância sanitária.

Isso, no entanto, não decorre apenas da insuficiência do processo administrativo ou institucional. Muito mais grave que isso é o fato de que a vigilância sanitária não faz parte do universo cultural das nossas populações.

A segunda dificuldade: uma questão cultural

A vigilância sanitária não faz parte da cultura da vida social nacional (2). Estudo recentemente produzido pela Anvisa, no Nordeste, demonstrou sobejamente essa afirmação.(6)

Em 75% dos casos, as ações e serviços de vigilância sanitária não têm visibilidade para as respectivas comunidades em que ocorrem; 87,5% das pessoas entrevistadas desconhecem seu papel de proteção e promoção da saúde e 75% não entende o exercício do seu poder de polícia.

Para as equipes de saúde de atuam nessa área, da mesma forma, não há clareza sobre as atribuições de cada esfera de governo em relação à vigilância sanitária (100% das equipes estudadas); 62,5% delas desconhecem as atribuições legais do seu próprio serviço e 100% demonstraram não ter conhecimento integral do papel da vigilância sanitária.

Não apenas a população e os trabalhadores de saúde não sabem o que é vigilância sanitária. Políticos e mesmo autoridades sanitárias também. Dos gestores municipais que participaram do estudo, 62,5% desconheciam a importância das ações de vigilância sanitária, tanto que, na totalidade dos municípios estudados, a vigilância sanitária não está entre as prioridades da política de saúde local.

Em decorrência disso, os serviços municipais de vigilância sanitária não contam com infraestrutura que suporte suas atividades e, independentemente do porte do município, sua atuação limita-

-se ao recebimento de denúncias e à manutenção de um cadastro de estabelecimentos – em 100% dos casos não-informatizado e, em 62,5%, desatualizado.

Em decorrência da omissão do poder-dever dos serviços de vigilância sanitária de preservar o interesse público por meio do controle sanitário, esse acaba sendo realizado, com frequência, pelo Ministério Público.

O estudo é apenas uma mostra de como a vigilância sanitária está desarticulada dos atores e do contexto político e social.

Nesse contexto, pode-se perceber o quão mais difícil é, no momento atual, sem reverter esse quadro, obter participação e controle social das ações e serviços de vigilância sanitária em nosso País.

Como ampliar o controle social das ações e serviços de vigilância sanitária, nesse momento?

Mesmo sem alterações substanciais no modelo de gestão das ações e serviços de vigilância sanitária, um conjunto de ações e iniciativas de parte dos seus gestores, nos três níveis de governo e, em especial, da Anvisa – que dispõe dos recursos materiais e humanos para isso –, poderia ampliar significativamente a participação comunitária e o controle social do setor.

Nenhuma delas é absolutamente inédita, já tendo sido experimentadas por outras áreas de atuação do SUS, e algumas constituem recomendações formuladas, na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária e em outros fóruns que, nos últimos anos, reuniram trabalhadores e usuários dessa área.

São elas:

1. Promover a inclusão, no universo cultural de nossas populações, do conceito de vigilância sanitária. Desenvolver, de forma mais agressiva, ações de comunicação social e *advocacy*. Investir em educação para a saúde. Integrar o ensino de vigilância sanitária nos currículos de formação dos profissionais e demais trabalhadores de saúde. Estimular o estudo e a pesquisa acadêmica de temas de vigilância sanitária.
2. Identificar e promover a mobilização, organização e o financiamento de organizações da sociedade civil interessadas nas questões de vigilância sanitária, tais como organizações comunitárias, associações de moradores, associações de consumidores, sindicatos e partidos políticos.
3. Criar meios e promover a participação desses segmentos populacionais nos espaços de formulação de políticas, de planejamento, de execução e de acompanhamento e avaliação de ações de vigilância sanitária, aí incluídos conselhos de saúde e conselhos consultivos.
4. Criar ouvidorias e serviços telefônicos de informação e denúncia junto aos serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária.

Referências

Gomes, M.A. Ética e cidadania. In: 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária – Relatório. Brasília, 26-30 de novembro de 2001. [Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/cd/coprh_rel_gestao/conavisa/2911012.htm; Consultado em 29 abr. 2004].

Lucchese, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 329 p.

Piovesan, M.F. A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 102 p.

4. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Introdução. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002, 159p.

5. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Proposições. Controle social sobre a saúde em geral e a vigilância sanitária em especial. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002, 159p.

6. Anvisa. Projeto Redevisa. Planejamento Participativo em Vigilância Sanitária – Relato da Experiência na Paraíba. Brasília: Anvisa; 2003.

1.6 - Planos de saúde e Previdência Social (2004)

Em agosto de 2004, um bancário aposentado de São Paulo, solicitava, por meio de carta enviada a um dos senadores daquela legislatura “providências” – que incluíam eventual proposição legislativa – com vistas a melhorar a situação dos usuários de planos privados de assistência à saúde que, entre outras coisas, “acham-se com a corda no pescoço para poder pagar os novos valores estipulados nos tais planos”.

O missivista discorre sobre vários aspectos do problema, mas, objetivamente, faz poucas sugestões.

Em primeiro lugar, creio ser necessário discutir o entendimento do autor da carta de que os planos privados de saúde são uma forma de benefício previdenciário que vieram substituir aqueles anteriormente decorrentes da filiação ao Regime Geral da Previdência Social.

Com esse entendimento, ele denomina de “contribuições” as mensalidades e prêmios pagos às operadoras pelo titular do plano; critica “não poder contar com o INPS, que deveria ser o único responsável pela assistência à saúde de seus aposentados e contribuintes”, e se lamenta: “que bom seria se tudo voltasse aos IAPAS”.

E ele tem, em parte, razão em seu raciocínio.

Até 1988, a assistência médica – e a odontológica e a farmacêutica – eram considerados benefícios da Previdência Social, a que tinham direito, apenas, os filiados a ela, isto é, os trabalhadores formais. O acesso a esses benefícios era limitado à condição de segurado e contribuinte. Os trabalhadores informais e suas famílias tinham de pagar de seu próprio bolso pela assistência de que precisassem ou recorrer às organizações filantrópicas ou aos poucos serviços públicos mantidos pelos três níveis de governo.

Esse paradigma decorre dos antigos sistemas mutuários, organizados, no início do século passado, por trabalhadores de diferentes categorias, e que foi institucionalizado em 1923, pela Lei Elói Chaves, que criou as caixas de aposentadoria e pensão – com atribuições, também, na área de assistência médica –, mais tarde transformadas nos institutos de aposentadoria e pensão – os IAPAS a que se refere o missivista.

Esse sistema – e essa concepção – consolidaram-se nas reformas por que passou o setor previdenciário, em especial durante o período autoritário, resultando na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como o organismo estatal responsável pela prestação de assistência médica, no âmbito do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas).

A Constituição Federal de 1988, no entanto, mudou esse paradigma. O “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, passou a ser conceituado como “Seguridade Social”. A assistência médica passou a ser entendida como uma ação de saúde e o setor saúde pas-

sou a compor o Sistema de Seguridade Social, entendido como o conjunto integrado de políticas e ações nas áreas de saúde, previdência e assistência social.

O novo modelo perdeu, então, sua característica contratualista e a saúde e, no seu bojo, a assistência médica passaram a ser um direito de cidadania, universal, a ser assegurado pelo Estado, por meio de políticas sociais.

Até então, as caixas, os IAPAS e, depois, o Inamps ofereciam assistência médica a seus beneficiários principalmente por meio da compra desses serviços à iniciativa privada.

Em verdade, o segmento de serviços privados de saúde conformou-se, em nosso País, voltado para a venda de serviços ao setor público como estratégia prioritária de capitalização e rentabilidade. Estratégia essa que se manteve com a unificação dos institutos, quando, em verdade, o número de contratos e de entidades privadas contratadas passou por um forte crescimento, decorrente da expansão de cobertura.²

A opção privatista do governo – na mão dos militares – manifestava-se nas políticas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e de seu sucessor, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ao priorizar a compra de serviços junto à rede privada, ao mesmo tempo em que eram dirigidas, para esses agentes privados, as principais linhas de financiamento.³

Com a significativa mudança nas políticas, ocorrida a partir de meados da década de 80, com valorização do desenvolvimento de serviços ambulatoriais e implementação de estratégias de universalização da atenção à saúde – o que reduziu o número de internações e diversificou a rede conveniada prestadora de serviços⁴ – a participação do setor privado passou a reduzir-se gradativamente.

As políticas de preços pagos pelo setor público contratante, naqueles anos, acrescentavam, a esse quadro, perspectivas pouco otimistas para o setor privado contratado, razão pela qual, ainda que os sistemas governamentais continuassem fortemente dependentes do segmento privado contratado, suas perspectivas tornam-se não muito favoráveis, obrigando este a buscar mercados alternativos para dar ocupação à sua capacidade instalada e manter a rentabilidade. As empresas e sindicatos, além das famílias, passaram a constituir esse mercado.

Insatisfeitas com o serviço médico-hospitalar da rede pública, as empresas das regiões mais industrializadas do país, em especial as multinacionais que, em suas matrizes, já ofereciam bene-

2 Entre 1970 e 1982, o número de internações hospitalares disponibilizadas pelo setor público passou de 2,8 para 13,1 milhões, ao ano. Durante a primeira metade da década de 70, não menos de 95 % dessas internações foram feitas na rede privada contratada, proporção essa que passou a reduzir-se a partir de 1976. No entanto o setor privado ainda respondia por mais de 80 % das internações pagas com dinheiro público em 1987.

3 Em 1977, por exemplo, 80 % dos valores dos financiamentos aprovados para a área de saúde no Fundo de Apoio Social (FAS) foram destinados para o setor privado e de forma predominantemente subsidiada.

4 As estratégias de universalização da assistência à saúde implementadas no período foram responsáveis pela diversificação da rede conveniada prestadora de serviços, da qual passaram a fazer parte, com formas especiais de contrato, a rede filantrópica, os serviços públicos mantidos por estados e municípios e os hospitais universitários. A rede filantrópica, em especial, – que recebia uma parcela muito pequena – passou a receber, de forma crescente, os recursos financeiros antes destinados à rede contratada.

fícios de assistência médica e social a seus empregados, passaram, já nos anos 60 e 70, a buscar no setor privado esses serviços.

A partir de 1986, as dificuldades de implementação de um sistema de saúde que permitisse, a todos os brasileiros, acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde, decorrentes das más políticas de saúde dos últimos anos, da carência crônica de recursos para o setor e do sucateamento dos serviços públicos de saúde, fizeram com que os planos de saúde e os seguros-saúde se transformassem na solução então disponível para as classes médias e as empresas obterem a assistência à saúde que não mais era oferecida, pelos serviços públicos – pelo menos não na intensidade e na qualidade desejada.

O número de empresas que passaram a oferecer planos de saúde a seus empregados cresceu substancialmente, desde meados da década de 80, até atingir, no final da década de 90, cerca de 40 milhões de usuários. Depois da regulamentação do setor, em 1998, com a Lei dos Planos de Saúde, e, principalmente, em decorrência da conjuntura econômica⁵, esse número reduziu-se para os atuais 37 milhões.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atualmente, 73% dos planos são coletivos, ou seja, comprados por pessoa jurídica, sendo que a maior parte desse contingente é representada por planos subsidiados por empresas.

A grande maioria das empresas, hoje, oferece benefício de assistência médica a seus empregados. A maior parte compartilha o custo do plano com o usuário e apenas uma minoria subsidia totalmente os custos com assistência médica. Para grande parte delas, o custo do plano representa uma importante porcentagem da folha salarial e uma de suas maiores preocupações é o custo crescente desse benefício.

O que se viu, assim, foi que, paralelamente ao desenvolvimento de um arcabouço jurídico-institucional, que visava à universalização de cobertura – a implantação do Sistema Único de Saúde –, com caráter francamente distributivo, desenvolveu-se, por parte do mercado privado de provedores de serviços de assistência médica, toda uma estratégia alternativa de financiamento que lhes permitiu, ao mesmo tempo, sua independência do setor público e uma alavancagem de demanda.

Essa independência, no entanto, é, hoje, muito relativa, uma vez que os planos de saúde privados são responsáveis pelo pagamento de 91% das internações dos hospitais particulares. A rede privada prestadora de serviços de saúde – nela incluídos os médicos em prática liberal – não sobrevive sem os planos de saúde (1).

Vemos, assim, que tem razão o missivista quando identifica que o chamado Sistema de Saúde Suplementar substituiu a Assistência Médica da Previdência Social na prestação de serviços de assistência médica para os trabalhadores formais, com a diferença de que, até 1988, o benefício era

5 Redução do nível de emprego, responsável pela maior parte dos planos coletivos ou empresariais; redução da massa salarial e do poder de compra da população, que limita a aquisição de planos individuais e familiares.

cofinanciado pelo trabalhador, pelo empregador e pelo governo e, hoje, seu custo é partilhado entre trabalhador e empregador, apenas.⁶

Temos de discordar dele, no entanto, quanto à possibilidade de reverter esse quadro político-institucional – um de seus desejos manifestos.

Para a “unificação dos planos” ou para que “tudo voltasse aos IAPAS” será necessário que se reestruem as relações previstas na Constituição para o funcionamento da Seguridade Social, para voltarmos ao arcabouço jurídico-institucional que tínhamos antes de 1988, com a reinstituição de um INPS ou Inamps para operar esses planos unificados, no âmbito da Previdência. Neste caso, seria necessária uma Emenda Constitucional.

Será necessário, também, o envio, ao Congresso, de projeto de lei de iniciativa do Presidente da República, para reestruturar a Seguridade Social, uma vez que a Constituição Federal define como de competência privativa do Presidente da República a iniciativa de leis que disponham sobre estruturação e atribuições dos ministérios e órgãos da administração pública.

Em relação à instalação de uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) para “pesquisar a fundo o problema” relacionado aos aumentos de mensalidade e à adaptação de planos cujos contratos são anteriores à entrada em vigor da Lei dos Planos para o regulamento por ela instituído também não cremos que seja a solução, ainda que possível.

O aumento abusivo de mensalidades – que está no centro da atual crise por que passa a Saúde Suplementar – tem suas causas conhecidas, não sendo necessário instituir uma CPI para identificá-las.

Atualmente, cerca de dois terços dos usuários de planos têm contratos firmados em data anterior a entrada em vigor da Lei dos Planos⁷. Esses contratos foram, recentemente, considerados juridicamente perfeitos e válidos pela Justiça, mas não dispõem da proteção do novo regulamento⁸. Por essa razão, o Governo Federal, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criou, neste ano, um programa que estimula a adaptação dos contratos antigos às novas regras.

A adaptação – que também passou a ser conhecida como “migração” – objetivava que esses planos, contratados antes de 1º de janeiro de 1999, passassem a ter a cobertura integral prevista na Lei dos Planos de Saúde, incluindo tempo irrestrito de internação, quantidade irrestrita de consultas e exames e a inclusão de tratamentos como cirurgias cardíacas, transplantes, quimioterapia e aids – coberturas que não eram obrigatórias anteriormente e poderiam ou não estar contempladas nos contratos antigos⁹.

6 É importante ressaltar que, em verdade, parte desse custo é transferida para a sociedade como um todo pela via da renúncia fiscal, uma vez que os gastos com planos de saúde são dedutíveis do imposto de renda tanto das pessoas físicas quanto das jurídicas.

7 22,3 milhões de usuários têm os chamados “planos antigos”, sendo 8,2 milhões sob contratos individuais e familiares e 14,1 milhões em planos coletivos. Eles correspondem a pouco menos de 60% do total.

8 Decisão do STF (Supremo Tribunal Federal), de agosto de 2003, determinou que as disposições da Lei dos Planos de Saúde não retroagem para contratos anteriores a ela, isto é, para contratos firmados antes de 2 de janeiro de 1999. O artigo 36-E, acrescentado à Lei nº 9.656, de 1998, pela Medida Provisória nº 2.177, de 2001, foi considerado ilegal.

9 Os contratos antigos, ainda que não amparados pela Lei nº 9.656, de 1998, estão protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor e por toda uma jurisprudência formada por centenas de processos movidos por usuários.

A adaptação, no entanto, não se faria sem custo e poderia ou não ser aceita pelos usuários. Se achasse mais vantajoso, o consumidor teria direito de manter o seu contrato como ele está.

No caso de contratos de planos individuais ou familiares – pivô da crise atual –, entre esses custos estavam um reajuste médio estimado pelo Governo em 15% (máximo de 25%) e a necessidade de cumprir novas carências (de, no máximo, 90 dias) para algumas das novas coberturas.

No que diz respeito ao reajuste de mensalidades – cujo índice para o próximo período de um ano deveria ser fixado na mesma época –, a determinação da ANS, baixada sob a forma de resolução, após a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), foi de que, nos planos de saúde contratados até 31 de dezembro de 1998, antes da entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde, as operadoras teriam o direito de seguir o que está previsto no contrato, conforme decidiu o STF em agosto do ano passado; no caso de contrato antigo no qual o índice anual de reajuste de mensalidades não esteja especificado, valeria o reajuste de até 11,75%, o mesmo teto definido para os contratos firmados após 1998, que seria aplicado no mês de reajuste, no período que vai de junho de 2004 a maio de 2005.

As operadoras de saúde, no entanto, resolveram ignorar essa determinação da ANS.

Aproveitando-se da situação¹⁰, um pequeno grupo de seguradoras que operam planos de saúde elevou substancialmente o preço dos novos planos adaptados¹¹, com o objetivo de “limpar suas carteiras”; isto é, obter, por mecanismos de mercado, a expulsão dos usuários de planos individuais ou familiares antigos, exatamente aqueles com coberturas mais amplas e cujos beneficiários tinham idade mais avançada e são, portanto, grandes usuários de serviços.¹²

Assim, as seguradoras fizeram grandes elevações de preços para que a adaptação não valesse a pena para esses usuários e, ao mesmo tempo, se valeram da decisão do STF para reajustar mensalidades com o índice que quiseram e com retroatividade a 2002, numa interpretação equivocada daquela decisão.¹³

O reajuste de mensalidades cobrado é justificado, pelas operadoras, como uma forma de resolver uma situação decorrente da nova regulamentação do setor, caracterizada pelo aumento dos custos operacionais e da sinistralidade dos planos de saúde, ao mesmo tempo em que mecanismos de mercado – retração do nível de emprego, da massa salarial e do poder de compra das

10 A conjuntura favoreceu às seguradoras, uma vez que a implementação do programa de migração coincidiu com o período de fixação da taxa anual de reajuste, e os usuários ficaram sem saber discriminar que taxas e valores correspondiam ao reajuste anual e quais à migração.

11 No início de julho, cerca de 50 mil clientes do Bradesco com contratos firmados antes de janeiro de 1999 foram informados que teriam que pagar 81,6% a mais por seus seguros. Na Sul América, o reajuste dos contratos antigos foi de 47,1%. Ambas as empresas são seguradoras.

12 Segundo a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados de Capitalização (Fenaseg), os contratos antigos, por suas características, são justamente os de mensalidades mais defasadas, já que dão direito à livre escolha dos melhores hospitais e uma parcela expressiva deles conta inclusive com cobertura sem limite de valor para despesas hospitalares.

13 Em ação cautelar ajuizada pelo governo (Advocacia Geral da União e ANS) contra as operadoras Itaúseg Saúde, Sul América Seguro Saúde e Bradesco Seguro, a Justiça Federal do Distrito Federal concedeu, em 28 de julho, liminar que limita o reajuste dos contratos antigos a 11,75% (índice recentemente definido pela ANS para o reajuste dos contratos posteriores a 1999, para vigorar partir de junho de 2004). A liminar beneficia os usuários daquelas operadoras de todo o Brasil.

classes médias e trabalhadoras, principais consumidores desses produtos – e o controle de preços instituído limitavam a correção, nos mesmos níveis, dos valores de mensalidades e prêmios. Em decorrência, o setor alega estar pressionado pelo novo marco regulatório que não lhe permitiu fazer os reajustes que a atividade exige.¹⁴

Existe, assim, uma defasagem uma vez que os reajustes permitidos nos últimos três anos foram insuficientes para restabelecer o equilíbrio financeiro dos planos em função do crescimento dos custos com assistência que decorre, por sua vez, das necessidades de cobertura exigidas pela Lei dos Planos. Em razão disso, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que cerca de um terço das operadoras fecharam o ano passado “no vermelho”. (2)

As operadoras que lançaram mão do artifício de reajustar grandemente seus prêmios, no entanto, são exatamente um pequeno grupo de seguradoras que, no período considerado, auferiam lucros e não-perdas. Segundo a ANS, elas tiveram rentabilidade menor (em relação a anos anteriores), mas com nenhuma evidência de comprometimento econômico-financeiro. Além disso, são as que cobram as mensalidades mais altas do mercado.

Há que considerar, ainda, a realidade econômica do País que não permite, atualmente, reajustes desse porte, por não serem suportáveis pelas economias domésticas das classes médias e operárias que utilizam esses serviços.

Em vista da situação criada, uma ação civil pública, proposta pela Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps) contra a ANS, obteve na Justiça (1ª Vara Federal de Pernambuco), no dia 22 de junho, o cancelamento do programa de migração do governo.

A liminar, de efeito coletivo e de abrangência nacional, determina a imediata suspensão do Programa de Incentivo à Adaptação dos Contratos dos Planos de Saúde Privados, da ANS. Assim, nenhuma negociação pode ser feita até o julgamento final da ação. A decisão, contudo, não é retroativa, ou seja, não vale para os clientes de planos anteriores a 2 de janeiro de 1999 que já optaram por adaptá-los à lei atual.

10 de agosto de 2004.

14 Segundo estudo realizado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a regulamentação exigiu das operadoras, nos dois primeiros anos de sua vigência, a criação de novas despesas administrativas e operacionais – como contratação de atuários e de auditorias independentes e a publicação de balanços – o que representou um crescimento de, no mínimo, 11,4% nos custos das empresas. A regulamentação também ampliou as coberturas, permitindo que os usuários dos planos de saúde tenham acesso a procedimentos mais complexos. Isso aumentou as despesas assistenciais das operadoras. No ano de 2001, o número de consultas médicas cresceu 11,79%, o índice de utilização de exames complementares aumentou 22,22% e o tempo de permanência do paciente nos hospitais foi 13,35% maior.

Referências

- Lopes, A. D. Relação de hospitais privados e planos é de total dependência. O Estado de São Paulo, 28/07/2004.
- Leite, Fabiane. Empresas estão equilibradas, diz Agência. Folha de São Paulo, 16 de julho de 2004.

1.7 - A crise do setor de saúde suplementar e as possibilidades de intervenção pela via legislativa (2004)

O que os jornais estão chamando de “crise atual” do setor de saúde suplementar tem dois componentes: o aumento abusivo do valor das anuidades cobradas pelas operadoras e o boicote dos prestadores de serviços, por aumento de seus honorários.

Enquanto o segundo problema tem potencial para afetar todo o segmento e alcançar todos ou, pelo menos, a maioria dos usuários de planos de saúde, o aumento das mensalidades afeta apenas uma parcela pequena de consumidores – aqueles detentores de planos individuais ou familiares cujos contratos são anteriores a janeiro de 1999.

Nos dois casos, os problemas dizem respeito, predominantemente, a um tipo específico de plano – o seguro-saúde – e a um grupo específico de operadoras – as seguradoras.

Apesar de suas características conjunturais, essa crise reflete, ao mesmo tempo, o agravamento de uma situação que é atribuída, pelo menos em parte, à regulação do setor pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, – Lei dos Planos de Saúde – que institui um regime de controle de preços que o está levando ao desequilíbrio econômico-financeiro.

De qualquer forma, os aumentos concedidos às operadoras não têm sido repassados para os prestadores de serviço que têm seus honorários congelados há cerca de dez anos.

O Programa de adaptação de contratos, do Governo, e o aumento abusivo das mensalidades

Atualmente, cerca de dois terços dos usuários de planos têm contratos firmados em data anterior a entrada em vigor da Lei dos Planos¹⁵. Esses contratos foram, recentemente, considerados juridicamente perfeitos e válidos pela Justiça, mas não dispõem da proteção do novo regulamento¹⁶. Por essa razão, o Governo Federal, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criou, neste ano, um programa que estimula a adaptação dos contratos antigos às novas regras.

A adaptação – que também passou a ser conhecida como “migração” – objetivava que esses planos, contratados antes de 1º de janeiro de 1999, passassem a ter a cobertura integral prevista na Lei dos Planos de Saúde, incluindo tempo irrestrito de internação, quantidade irrestrita de consultas e exames e a inclusão de tratamentos como cirurgias cardíacas, transplantes, quimioterapia e aids – coberturas que não eram obrigatórias anteriormente e poderiam ou não estar contempladas nos contratos antigos¹⁷.

15 22,3 milhões de usuários têm os chamados “planos antigos”, sendo 8,2 milhões sob contratos individuais e familiares e 14,1 milhões em planos coletivos. Eles correspondem a pouco menos de 60% do total.

16 Decisão do STF (Supremo Tribunal Federal), de agosto de 2003, determinou que as disposições da Lei dos Planos de Saúde não retroagem para contratos anteriores a ela, isto é, para contratos firmados antes de 2 de janeiro de 1999. O artigo 36-E, acrescentado à Lei nº 9.656, de 1998, pela Medida Provisória nº 2.177, de 2001, foi considerado ilegal.

17 Os contratos antigos, ainda que não amparados pela Lei nº 9.656, de 1998, estão protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor e por toda uma jurisprudência formada por centenas de processos movidos por usuários.

A adaptação, no entanto, não se faria sem custo e poderia ou não ser aceita pelos usuários. Se achasse mais vantajoso, o consumidor teria direito de manter o seu contrato do jeito como ele está.

No caso de contratos de planos individuais ou familiares – pivô da crise atual –, entre esses custos estavam um reajuste médio estimado pelo Governo em 15% (máximo de 25%) e a necessidade de cumprir novas carências (de, no máximo, 90 dias) para algumas das novas coberturas.

No que diz respeito ao reajuste de mensalidades – cujo índice para o próximo período de um ano deveria ser fixado na mesma época –, a determinação da ANS, baixada sob a forma de resolução, após a decisão do STF, foi de que, nos planos de saúde contratados até 31 de dezembro de 1998, antes da entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde, as operadoras teriam o direito de seguir o que está previsto no contrato, conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal (STF) em agosto do ano passado; no caso de contrato antigo no qual o índice anual de reajuste de mensalidades não esteja especificado, valeria o reajuste de até 11,75%, o mesmo teto definido para os contratos firmados após 1998, que seria aplicado no mês de reajuste, no período que vai de junho de 2004 a maio de 2005.

As operadoras de saúde, no entanto, resolveram ignorar essa determinação da ANS.

Aproveitando-se da situação¹⁸, um pequeno grupo de seguradoras que operam planos de saúde elevou substancialmente o preço dos novos planos adaptados¹⁹, com o objetivo de “limpar suas carteiras”; isto é, obter, por mecanismos de mercado, a expulsão dos usuários de planos individuais ou familiares antigos, exatamente aqueles com coberturas mais amplas e cujos beneficiários tinham idade mais avançada e são, portanto, grandes usuários de serviços.²⁰

Assim, as seguradoras fizeram grandes elevações de preços para que a adaptação não valesse a pena para esses usuários e, ao mesmo tempo, se valeram da decisão do STF para reajustar mensalidades com o índice que quiseram e com retroatividade a 2002, numa interpretação equivocada daquela decisão.²¹

O reajuste de mensalidades cobrado é justificado, pelas operadoras, como uma forma de resolver uma situação decorrente da nova regulamentação do setor, caracterizada pelo aumento dos custos operacionais e da sinistralidade dos planos de saúde, ao mesmo tempo em que mecanismos de mercado – retração do nível de emprego, da massa salarial e do poder de compra das classes médias

18 A conjuntura favoreceu às seguradoras, uma vez que a implementação do programa de migração coincidiu com o período de fixação da taxa anual de reajuste, e os usuários ficaram sem saber discriminar que taxas e valores correspondiam ao reajuste anual e quais à migração.

19 No início de julho, cerca de 50 mil clientes do Bradesco com contratos firmados antes de janeiro de 1999 foram informados que teriam que pagar 81,6% a mais por seus seguros. Na SulAmérica, o reajuste dos contratos antigos foi de 47,1%. Ambas as empresas são seguradoras.

20 Segundo a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados de Capitalização (Fenaseg), os contratos antigos, por suas características, são justamente os de mensalidades mais defasadas, já que dão direito à livre escolha dos melhores hospitais e uma parcela expressiva deles conta inclusive com cobertura sem limite de valor para despesas hospitalares.

21 Em ação cautelar ajuizada pelo governo (Advocacia Geral da União e ANS) contra as operadoras Itaúseg Saúde, SulAmérica Seguro Saúde e Bradesco Seguro, a Justiça Federal do Distrito Federal concedeu, em 28 de julho, liminar que limita o reajuste dos contratos antigos a 11,75% (índice recentemente definido pela ANS para o reajuste dos contratos posteriores a 1999, para vigorar partir de junho de 2004). A liminar beneficia os usuários daquelas operadoras de todo o Brasil.

e trabalhadoras, principais consumidores desses produtos – e o controle de preços instituído limitavam a correção, nos mesmos níveis, dos valores de mensalidades e prêmios. Em decorrência, o setor alega estar pressionado pelo novo marco regulatório que não lhe permitiu fazer os reajustes que a atividade exige.²²

Existe, assim, uma defasagem uma vez que os reajustes permitidos nos últimos três anos foram insuficientes para restabelecer o equilíbrio financeiro dos planos em função do crescimento dos custos com assistência que decorre, por sua vez, das necessidades de cobertura exigidas pela Lei dos Planos. Em razão disso, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que cerca de um terço das operadoras fecharam o ano passado “no vermelho” (1).

As operadoras que lançaram mão do artifício de reajustar grandemente seus prêmios, no entanto, são exatamente um pequeno grupo de seguradoras que, no período considerado, auferiam lucros e não-perdas. Segundo a ANS, elas tiveram rentabilidade menor (em relação a anos anteriores), mas com nenhuma evidência de comprometimento econômico-financeiro. Além disso, são as que cobram as mensalidades mais altas do mercado.

Há que considerar, ainda, a realidade econômica do País que não permite, atualmente, reajustes desse porte, por não serem suportáveis pelas economias domésticas das classes médias e operárias que utilizam esses serviços.

Em vista da situação criada, uma ação civil pública, proposta pela Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps) contra a ANS, obteve na Justiça (1ª Vara Federal de Pernambuco), no dia 22 de junho, o cancelamento do programa de migração do governo.

O Juiz aceitou a argumentação de que a Agência tem extrapolado os limites ético-legais de suas funções, no que se refere ao programa, determinando, ainda, que a ANS deve comprovar que vem tomando “providências reais de promoção e proteção aos direitos do universo de segurados de planos e sistemas de prestação de serviços de saúde privados no País”.

A liminar, de efeito coletivo e de abrangência nacional, determina a imediata suspensão do Programa de Incentivo à Adaptação dos Contratos dos Planos de Saúde Privados, da ANS. Assim, nenhuma negociação pode ser feita até o julgamento final da ação. A decisão, contudo, não é retroativa, ou seja, não vale para os clientes de planos anteriores a 2 de janeiro de 1999 que já optaram por adaptá-los à lei atual.

22 Segundo estudo realizado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a regulamentação exigiu das operadoras, nos dois primeiros anos de sua vigência, a criação de novas despesas administrativas e operacionais – como contratação de atuários e de auditorias independentes e a publicação de balanços – o que representou um crescimento de, no mínimo, 11,4% nos custos das empresas. A regulamentação também ampliou as coberturas, permitindo que os usuários dos planos de saúde tenham acesso a procedimentos mais complexos. Isso aumentou as despesas assistenciais das operadoras. No ano de 2001, o número de consultas médicas cresceu 11,79%, o índice de utilização de exames complementares aumentou 22,22% e o tempo de permanência do paciente nos hospitais foi 13,35% maior.

O boicote dos prestadores de serviços

A partir de meados do corrente ano, um movimento promovido pelos conselhos de medicina e associações médicas tem resultado em que um número crescente de médicos²³ estão deixando de atender usuários de planos de saúde ou fazendo o atendimento pelo sistema de reembolso, isto é, o usuário é obrigado a pagar pela consulta nos valores definidos pelo movimento e, posteriormente, solicitar o reembolso à operadora de seu plano.

Segundo avaliação recente da coordenação do movimento²⁴, atualmente médicos de 15 estados trabalham apenas pelo sistema de reembolso, e a tendência é de crescimento²⁵. Na cidade de São Paulo, segundo o Conselho Regional de Medicina, o Movimento já conta com a adesão de 39 mil profissionais e 12 mil pessoas jurídicas médicas.

O principal objetivo do Movimento é a adoção, pelas operadoras, da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que atualiza a remuneração de mais de 5.400 procedimentos.²⁶

O Movimento dirige-se, predominantemente contra as seguradoras – como são os casos da Bahia, do Distrito Federal e de São Paulo –, mas, em outros estados, alcança outras classes de operadoras: no Paraná, o Movimento dirigiu-se, inicialmente, contra 24 empresas que mantêm planos de auto-gestão e, posteriormente, às cooperativas médicas – cujas carteiras detém 75% dos usuários de planos, naquele estado –²⁷; em Minas Gerais, os médicos decidiram pelo descredenciamento coletivo de 41 dos 52 planos de saúde ligados à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge-MG), que possui 400 mil usuários no Estado²⁸.

O movimento visa, principalmente as seguradoras porque essas empresas operam planos – em verdade, seguros – cujos contratos permitem o reembolso, enquanto os mantidos com empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas, não. (2)

Diferentemente do aumento abusivo de mensalidades – que afetou cerca de oito milhões de pessoas –, o número de usuários prejudicados pelo movimento de boicote dos médicos não está definido, mas pode, com sua ampliação, vir a trazer transtorno para todos os consumidores de planos de saúde.

23 O movimento envolve predominantemente médicos e não outros prestadores de serviços, ainda que notícias veiculadas pela imprensa informem – e também desmintam – a adesão ao boicote por parte de clínicas, hospitais e laboratórios.

24 Seguradoras: alvo principal do movimento. Mobilização (AMB, CFM, Fenam), julho de 2004.

25 ORSINI, Silvana. Planos de saúde: Movimento está apenas começando, diz Cremesp. InvestNews, 3/8/2004.

26 A CBHPM classifica os procedimentos médicos por ordem de complexidade, tempo de execução, cognição e risco. Foi lançada no fim de 2003 pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira, como “o referencial mínimo e ético para a remuneração do atendimento médico no sistema de saúde suplementar”. A consulta médica é o procedimento usado como referência. Seu valor médio é de R\$ 42,00, podendo variar entre R\$ 33,60 e R\$ 50,40, dependendo da região. No Estado de São Paulo, os médicos credenciados pelos planos de saúde recebem, hoje, em média, R\$ 20,00 por consulta.

27 No PR, 325 mil podem ficar sem médico. Gazeta do Povo (Curitiba), 27/7/2004.

28 Médicos de MG decidem pelo descredenciamento. Jornal do Comércio do Rio de Janeiro, 14/7/2004.

As alternativas de intervenção pela via legislativa

Dos problemas aqui discutidos, nem todos têm solução pela via legislativa, e boa parte continuará sendo encaminhado para solução pela via judiciária.

Da mesma forma, atender “a todos os interessados”, como solicita a Senadora Lúcia Vânia, é tarefa impossível, pelo simples fato de que os interesses são, em grande parte, opostos ou inconciliáveis.

A flexibilização das regras de cobertura, por exemplo, atenderia o interesse das operadoras e, temporariamente, o de alguns usuários, que poderiam, respectivamente, colocar no mercado e adquirir planos mais baratos com cobertura limitada. Não atenderia, no entanto, os interesses do Governo e da sociedade como um todo, na medida em que transferiria para o SUS o tratamento dos pacientes graves e os procedimentos de alta complexidade, sobrecarregando ainda mais os serviços públicos, além de constituir uma medida de flagrante injustiça social.

A flexibilização do controle de preços, retirando ou limitando essa atribuição da ANS, atenderia o pleito das operadoras, mas – e a experiência dos últimos meses demonstra sobejamente isso – em pouco tempo teríamos implantada uma política de preços abusivos que acabaria por expulsar os usuários mais antigos, mais idosos e portadores de doenças crônicas, sendo, portanto, contrária ao interesse de usuários presentes e futuros e da sociedade e do Governo, já que esses casos seriam transferidos para o SUS.

A implantação do CBHPM atenderia às reivindicações dos médicos e demais provedores de serviços. No entanto, contrariaria os interesses das operadoras – que veriam a sinistralidade aumentar com esses novos custos operacionais – e dos usuários que seriam, afinal, quem teria de pagar a conta quando eles fossem repassados em forma de reajustes de prêmios e mensalidades.

Forçar a adaptação dos contratos atenderia os interesses da ANS, que se vê atribulada para cumprir seu papel legal e institucional sob dois tipos de regulamento, e, provavelmente, atenderia os interesses de um pequeno grupo de usuários de planos individuais e familiares que possuem contratos antigos com coberturas limitadas. Mas, dependendo do custo, não atenderia o da maioria deles – que podem se valer do Código de Defesa do Consumidor e da jurisprudência, em defesa de seus direitos – e, se não pudessem “adaptar”, também, as mensalidades, contrariaria o interesse das operadoras que possuem carteiras recheadas de planos antigos.

Obrigar a existência de contratos entre operadoras e prestadores de serviços atenderia os interesses dos usuários e do Governo, mas contrariaria os das operadoras que perderiam um eficiente instrumento de pressão contra médicos e serviços credenciados. Por seu lado, as associações médicas vêm alertando a categoria contra os “riscos da contratualização”²⁹, mostrando que a medida pode não ser integralmente satisfatória para a categoria.

29 Contratualização requer cuidados. Mobilização (AMB, CFM, Fenam), julho de 2004.

- **a “flexibilização das regras”**

Como se discutiu, à regulação instituída pela Lei nº 9.656, de 1998, é atribuído o quadro atual de desequilíbrio econômico-financeiro de parte das operadoras de planos de saúde.

Como solução, elas pleiteiam o que está sendo denominado de “flexibilização”, tanto das regras de cobertura – para a permissão da oferta e contratação de planos com coberturas mais limitadas que as atuais permitidas pela legislação e, portanto, mais baratos – como do controle de preços – propondo a sua extinção e a vigência de “regras de mercado”.

Qualquer uma dessas novas regras pode originar proposições legislativas, de iniciativa de Senador, sob a forma de projeto de lei do Senado alterando os dispositivos correspondentes da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

As implicações de cada uma delas foram sumariadas acima.

- **a institucionalização, por lei, da CBHPM**

A institucionalização, por lei, da CBHPM é outra possibilidade de intervenção pela via legislativa.³⁰

Os benefícios e interesses envolvidos já foram discutidos. Resta, no entanto, apreciar duas questões conexas, de importância: o impacto da implementação da CBHPM sobre a economia do setor e a jurisprudência, que tem considerado a imposição de tabelas de preços como anticoncorrencial.

A implantação integral e imediata da Classificação pode vir a complicar, sobremaneira, a situação de desequilíbrio econômico-financeiro de boa parte das seguradoras. Essa, é por sinal, a opinião do Governo – que é favorável à adoção da CBHPM – mas teme que ela venha a inviabilizar o setor (3).

Somente uma implantação paulatina da Classificação, acompanhada de uma política de recuperação do setor, permitirá que ela seja suportada, tanto pelas operadoras como pelos consumidores, uma vez que terá, necessariamente, impacto sobre as mensalidades e prêmio (3).

Independentemente disso, especialistas da área de Direito Econômico não veem como provável que a implantação da CBHPM para o setor de saúde suplementar venha a prosperar, na medida em que a jurisprudência vem reiteradamente entendendo que tabelas, semelhantes à CBHPM, são consideradas práticas anticoncorrenciais de dominação de mercado e aumento arbitrário de preços.

Consistentemente, situações similares têm sido julgadas pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) do Ministério da Justiça como prática anticoncorrencial, por entender que a imposição por uma tabela de preços impede a livre iniciativa (3).

Proposição legislativa sobre essa matéria transferirá essa discussão para o âmbito do Poder Legislativo.

³⁰ Encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3.466, de 2004, do Deputado Inocêncio de Oliveira, que “estabelece critérios para a edição de lista referencial de honorários médicos, no âmbito nacional, e dá outras providências”.

- **obrigatoriedade da adaptação de contratos**

A adaptação de contratos está prevista na Lei dos Planos de Saúde, assegurando aos consumidores com contratos anteriores a janeiro de 1999 a possibilidade de optarem pela adaptação ao sistema previsto no novo regulamento.

Em uma de suas versões, a Medida Provisória nº 2.177, de 2001, que alterou a Lei nº 9.656, de 1998, institui mecanismos e prazos para a adaptação dos contratos antigos, a ser feita em massa para obter menores custos. A proposição foi grandemente criticada por usuários, organismos de defesa do consumidor e no próprio Parlamento, sendo abandonada na versão seguinte.

O atual programa de adaptação, instituído pela ANS, encontra-se embargado por liminar do Poder Judiciário, mas o mérito da ação não foi ainda julgado.

Projeto de lei tratando dessa matéria – uma alteração ao dispositivo referido, da Lei dos Planos de Saúde –, de autoria de Senador, é constitucional.

- **obrigatoriedade de contratos entre operadoras e prestadores de serviços**

Legalmente, os médicos podem se descredenciar sem aviso prévio e o contrário também pode ocorrer, isto é, as operadoras podem descredenciar os médicos sem aviso prévio, uma vez que a relação existente entre eles não é a de um contrato legal de trabalho – que determine prazos de descredenciamento, por exemplo. Essa relação está estabelecida em acordos.

Os prejuízos dessa situação para os usuários dos planos são muito grandes, uma vez que não têm segurança de que serão atendidos pelo médico ou serviço de sua escolha, de que terão acesso ao especialista ou serviço de que necessitam ou de que seu tratamento terá continuidade com o mesmo médico ou serviço.

Buscando mudar a situação, a ANS publicou, em março deste ano que escrevo este ensaio (2004) para entrar em vigor em 18 de setembro próximo, uma resolução normativa obrigando as operadoras de saúde a assinar contratos com os médicos. Entre as cláusulas obrigatórias desses contratos está a de que tanto os médicos quanto as operadoras devem comunicar um ao outro a intenção de descredenciamento com 30 dias de antecedência, no caso de contratos de um ano, e com 60 dias de antecedência, nos contratos de dois anos.

Essa regra pode ser transformada em norma legal, por meio de proposição legislativa de autoria de Senador, alterando a Lei dos Planos de Saúde.

5 de agosto de 2004.

Referências

Orsini, S. Planos de saúde: movimento médico pode inviabilizar o setor. InvestNews, 15/7/2004.

CAPÍTULO 2 – PROFISSÕES DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

2.1 - A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (1999).

Antecedentes

A utilização de recursos humanos da própria comunidade para a extensão de cobertura por ações básicas de saúde, em complementação às ações e serviços institucionalizados – e às vezes em substituição a eles, em especial em regiões remotas e onde não há condições de fixar quer serviços quer profissionais ou técnicos – é uma experiência de mais de vinte anos e geralmente bem sucedida em várias partes do mundo.

Em nosso país, o emprego desta mão-de-obra também tem tido as mesmas finalidades, tomando destaque, nos últimos anos, sua institucionalização através de um programa nacional, criado e financiado com recursos públicos da Fundação Nacional de Saúde. Programas municipais de mesmas características também foram implementados em dezessete estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Diferentemente dos outros países – onde *estes agentes são sempre voluntários*, isto é, não remunerados¹ – no Brasil, eles passaram a ser contratados por vias indiretas pelas redes prestadoras de serviços de saúde, em especial pelas secretarias municipais de saúde.

Já em 1991, quando o Ministério da Saúde, com grande cobertura de imprensa, lançou o seu programa, foram solicitadas informações ao Ministro, pelo Senado Federal, para esclarecimento sobre os procedimentos que estavam sendo adotados, em especial em referência à contratação destas pessoas e a legalidade de seu exercício frente à regulamentação do exercício da Enfermagem, uma vez que esses agentes exerciam suas atividades sob supervisão de enfermeiros.

As informações prestadas davam conta de que os agentes comunitários de saúde seriam recrutados no seio da própria comunidade à qual atenderiam, para serem um “elemento multiplicador de informação e de educação sanitária, devendo ser um elo de ligação entre os elementos da comunidade (...) e os serviços de saúde”.

Seriam submetidos a um treinamento de seis meses de duração, durante o qual seriam remunerados com uma bolsa de estudos, e, posteriormente, deveriam assinar contratos de prestação de serviços com o Inamps, na qualidade de autônomos.

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde estudava, naquela época, “a melhor solução do ponto de vista administrativo e trabalhista”, uma vez que se pretendia “vinculá-los aos serviços de

1 Na Índia, o programa de controle de natalidade oficial utilizou largamente esse tipo de mão-de-obra, que, em determinados momentos, foi remunerada por procedimento, como forma de estimular a produtividade.

saúde pública". Referia o Ministro da Saúde, nas informações solicitadas, que várias questões vinham sendo levantadas, tais como as limitações do contrato atualmente utilizado, a estabilidade no emprego, o pagamento de encargos sociais e outras, razão pela qual não se tinha chegado, ainda, a uma conclusão final.

Passados oito anos (da data de redação deste ensaio), não só a situação não se esclareceu como nenhuma forma foi encontrada para resolver a situação trabalhista dessas pessoas.

É estimado existirem mais de cinquenta mil agentes comunitários de saúde em atuação no País, dos quais a grande maioria ligada ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Nacional de Saúde, sendo política do Ministério da Saúde a ampliação desse programa, para o quê oferece estímulos financeiros e materiais para as secretarias de saúde de estados e municípios que a ele se integrem.

Nesse período, esses trabalhadores organizaram-se em associações, existindo, inclusive, uma associação nacional de agentes comunitários de saúde.

As formas encontradas para a remuneração do trabalho desses agentes têm sido precárias, sendo a mais frequente a de contratos temporários de prestação de serviços firmados entre as secretarias municipais de saúde e as associações de agentes, financiados, na maioria das vezes, com recursos repassados pelo Ministério da Saúde, através de convênios.

Estas formas são insatisfatórias para ambos os lados, delas decorrendo, com frequência, suspensão e atraso de pagamento, quando os convênios e contratos caducam ou não são renovados; descontinuidade na prestação de serviços; e ações na justiça do trabalho impetradas pelos trabalhadores contra as secretarias da saúde.

São dessa natureza as dificuldades tanto de manutenção como de ampliação do Programa, delas decorrendo a recusa, por parte das administrações municipais de saúde, em continuar ou em vir a participar do programa por receio daqueles problemas.

Em relação à compatibilidade do exercício destes trabalhadores com a legislação de regulamentação do exercício de Enfermagem, concluiu-se, em 1991, que não havia incompatibilidade e o Conselho Federal de Enfermagem, a Federação Nacional de Enfermeiros e a Associação Brasileira de Enfermagem assinaram, na época, um convênio com a Fundação Nacional de Saúde com o objetivo de "garantir o compromisso das partes signatárias, para a profissionalização, a nível de Auxiliar de Enfermagem Comunitário, dos Agentes Comunitários de Saúde absorvidos pelo Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde".

A contradição entre os princípios e características da atuação destes recursos humanos que justificavam a sua adoção – pessoas da comunidade, recursos não-institucionais, voluntariado, escolaridade primária, formação e perfil profissiográfico simplificado – e sua profissionalização como uma outra forma de auxiliares de enfermagem não era notada.

Nesses oito anos, essa situação tampouco se esclareceu. Ao contrário: se complicou. E não estão disponíveis informações sobre o atingimento dos objetivos do referido convênio.

A formação dos agentes não está normalizada, apesar dos esforços da Coordenação do Programa Nacional. Uma avaliação qualitativa do PACS, publicada em setembro de 1994, mostra que a carga horária da capacitação inicial do ACS teve uma média de 45,7 horas, sendo que 38% tiveram 80 horas ou mais e 55,4%, 40 horas ou menos, insuficientes, portanto, para a titulação pretendida.

Acresce-se a isto o fato de que, na sua grande maioria, os ACS em exercício não têm a escolaridade mínima requerida de um auxiliar de enfermagem.

Em que pese o fato de que a capacitação e a supervisão da atuação dos ACS tenham sido assumidas, em todas as partes, por Enfermeiros – representando, inclusive, uma ampliação do mercado de trabalho para essa categoria profissional – o Conselho Federal de Enfermagem passou a questionar a inclusão dos ACS na equipe de enfermagem e a criação – que não se concretizou – desse Auxiliar de Enfermagem Comunitário.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o perfil das atividades dos ACS não os distingue como auxiliares de enfermagem, caracterizando-os melhor como auxiliares de serviço social ou, na melhor das hipóteses, como um auxiliar polivalente de vários profissionais de uma equipe de um serviço básico de saúde.

A análise das atividades desenvolvidas pelos ACS, segundo evidenciado pela avaliação citada (ver quadro 1), indica este caráter polivalente.

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde

1. Promoção do aleitamento materno
2. Tratamento de diarreias / uso de TRO
3. Imunização
4. Monitoração (sic) do crescimento
5. Acompanhamento do desenvolvimento
6. Encaminhamentos de casos de IRA
7. Orienta escovação de dentes e bochechos
8. Higiene corporal
9. Orienta pré-natal
10. Orienta consulta pré-parto
11. Orienta exame de prevenção do câncer
12. Orienta autoexame de mamas
13. Orienta planejamento familiar
14. Orienta controle de DST
15. Orienta medidas de prevenção do cólera
16. Mobilização comunitária para controle de endemias
17. Apoio a casos de tuberculose e hanseníase
18. Mobilização comunitária para melhoria de condições ambientais
19. Divulgação de dados do sistema de informação

Fonte: Fundação Nacional de Saúde. Pesquisa de Avaliação Qualitativa do PACS - Nordeste, 1994

ACS como profissão

No nosso meio, o que define se determinada atividade caracteriza uma profissão ou não é apenas a vontade do legislador e a política vigente no Poder Executivo e a disposição do Presidente da República em sancionar tal lei.

Nossa Constituição define, como direito individual e coletivo, o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (C.F. art. 5º, XIII), subentendido que quaisquer restrições ao exercício de uma profissão tenham de ser ditadas por interesse público.

A opinião hoje prevalente (1) é a de que as profissões devem ser regulamentadas quando seus exercentes atendam a determinadas necessidades coletivas essenciais e naqueles casos em que o exercício profissional exija prévia formação acadêmica específica, sem a qual poderão pôr em perigo a vida, o bem-estar ou o patrimônio das pessoas ou da comunidade. Fora daí, o princípio da liberdade de trabalho há de imperar sempre.

Apesar disso, nada há a obstar, no texto constitucional, a que o legislador elabore leis de caráter profissional, definindo como profissão atividades que não preenchem os requisitos citados. Em decorrência, nossa legislação está cheia de leis especiais disciplinando o trabalho de determinadas categorias como de lavador de carro, calista, decorador, taxista e outros similares, neutralizando o princípio da liberdade de trabalho.

Essa abundância de legislação extravagante sobre profissões responde a duas causas. Em primeiro lugar como resposta a pressões que sofre o legislador por parte de grupos organizados, interessados na proteção de certas vantagens e de certos privilégios, mediante a eliminação de eventuais concorrentes. Em segundo lugar, deriva da tentativa de resolver, pela via legal, problemas trabalhistas e de mercado de trabalho para os quais não se encontram outros meios.

A regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde me parece estar enquadrada nesse segundo caso.

A solução para o problema trabalhista dos ACS, no entanto, não consiste na sua transformação em profissão regulamentada – o que não são –, que necessariamente exigirá requisitos, como o de escolaridade, por exemplo, que a maioria dos agentes já em exercício não poderão cumprir.

Em se tratando de uma atividade auxiliar, isto é, delegada, sua regulamentação deverá atribuir a uma profissão de nível superior sua supervisão e ao respectivo conselho de fiscalização do exercício profissional, sua fiscalização. Em sendo um auxiliar polivalente, encontramos dificuldade em identificar a que profissão/conselho atribuir estas competências.

Creio que se encontrarão resistências a atribuir a supervisão da atuação dos ACS a médicos ou assistentes sociais e o registro e a fiscalização aos respectivos conselhos. O Conselho Federal de Enfermagem tem formalmente manifestado sua opinião contrária à inclusão dos ACS nas equipes de enfermagem, que só muito recentemente foram expurgadas dos Atendentes, de escolaridade primária. Apesar disso, os ACS continuam sendo treinados e supervisionados por enfermeiros, no País todo.

Por outro lado, a solução para os problemas trabalhistas e de identidade profissional dos mais de cinquenta mil ACS existente no País não será obtida com meramente transformá-los em auxiliares de enfermagem ou de outra profissão de saúde, se não houver, nos planos de cargos das prefeituras e secretarias de saúde, essa função ou categoria funcional onde possam se enquadrar.

Isso, no entanto, não pode ser feito por lei federal, uma vez que afronta dispositivos constitucionais (art. 61, § 1º, II, a e b) que determinam que são de competência privativa do Presidente da República as leis que disponham sobre criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta ou autárquica, e sobre serviços públicos.

Esta mesma posição foi defendida pela Consultoria Legislativa do Senado quando da apreciação do Projeto Carlos Bezerra pela Comissão de Assuntos Sociais, na legislatura passada.

Naquela ocasião, tentamos demonstrar que a utilização de Agentes de Saúde Pública, categoria funcional de nível médio, conhecidos como Guardas da Sucam, teve e tem um papel decisivo e semelhante ao dos ACS no combate a endemias e, da mesma forma, são aceitos e respeitados nas comunidades que servem, sem que, no entanto, e em que pese sua relevância, jamais ter se cogitado em criar uma profissão de Guarda da Sucam.

Além do mais, sem a criação dos referidos cargos ou categorias funcionais nos planos de cargos e carreiras das prefeituras, o fato de serem uma profissão regulamentada não garante sua absorção por esse mercado. Farmacêuticos têm sua profissão regulamentada desde 1931 e, com frequência, se encontram, nas redes públicas e privadas, serviços de farmácia entregues a almo-xarifes ou outro profissional de saúde – com elevado ônus para pacientes e o próprio serviço – porque a instituição não possui o cargo de farmacêutico entre as suas carreiras.

O conjunto de tabelas em anexo busca mostrar como os parlamentares e o Congresso Nacional têm entendido o papel e atuação dos ACS, nas últimas legislaturas.

Nenhuma das proposições legislativas tratando de regulamentar o exercício profissional dos ACS apresentadas às duas Casas do Congresso prosperou, até agora. Neste sentido, não vejo como essa via legal – transformar uma função em profissão e regulamentá-la – possa contribuir para equacionar o problema desse importante grupo de trabalhadores de saúde, a quem o País já deve muitíssimo.

Quadro 2 – A regulamentação do exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde pelo Congresso Nacional

Projeto	Autor	Ementa	Situação
PL 5.287/90	DF Percival Muniz (PMDB-MT)	Regulamenta o exercício da profissão de Agente de Saúde Pública e determina outras providências.	Arquivado definitivamente (RICD 105)
PL 2.999/92	DF Antônio de Jesus (PMDB-GO)	Dispõe sobre a gratuidade nos transportes interestaduais para Agentes de Saúde.	Arquivado definitivamente (RICD 133)
PL 3.994/93	DF Paulo Portugal (PDT-RJ)	Dispõe sobre o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde.	Arquivado definitivamente (RICD 105)
PLS 160/95 *	Sen. Carlos Bezerra (PMDB-MT)	Dispõe sobre o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.	Arquivado definitivamente (RISF 332)
PL 0.332/95 *	DF Augusto Viveiros (PFL-RN)	Dispõe sobre o exercício da profissão de Agente de Saúde Comunitária.	Arquivado definitivamente (RICD 105)
RIC 728/95	DF José Augusto (PT-SP)	Solicita informações ao Ministro da Saúde sobre os programas 'Leite e Saúde' e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Informações fornecidas em 27/01/96
PL 86/99	DF Lino Rossi (PSDB-SP)	Dispõe sobre o exercício profissional de Agente Comunitário de Saúde	Em tramitação nas comissões CSSF - Relatora DF Lúcia Vânia
PL 357/99	DF Darcísio Perondi (PMDB-RS)	Dispõe sobre o exercício profissional de Agente Comunitário de Saúde	Apensado ao PL 86/99.

*Refere-se ao ano de publicação do primeiro regulamento sobre a profissão.

Quadro 3 – Regulamentação do exercício profissional de Agentes de Saúde / Agentes de Saúde Pública pelo Congresso Nacional

Projeto	Autor	Ementa	Situação
PL 3.398/97	Executivo Federal	Cria o Grupo-Saúde Pública (incluindo a <u>categoria funcional</u> Agente de Saúde Pública - art. 7º)	Transformado em norma jurídica (Lei nº 6.433, de 15/7/77)
PL 6.635/82	DF Olivir Gabardo	Concede adicional de insalubridade a servidores da SUCAM (entre eles, os Agentes de Saúde Pública)	Arquivado definitivamente
PL 0.831/83	DF Olivir Gabardo	Concede adicional de insalubridade a servidores da Sucam)	Arquivado definitivamente
PL 3.158/89 (PLC36/90)	DF Paulo Ramos (PDT; PMN-RJ)	Estende a vários trabalhadores de saúde (entre eles os Agentes de Saúde Pública) o direito de exercício cumulativo de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde na Administração Pública (art. 17 ADT/CF88).	Vetado
PL 0.282/91	DF Merval Pimenta (PMDB-TO)	Concede aos Agentes de Saúde Pública (ex-Guardas) da Sucam o direito de aposentadoria especial.	Arquivado definitivamente (RICD 164)

Quadro 4 – Características dos projetos de lei de regulamentação do exercício profissional de Agentes de Saúde Comunitária apresentados ao Congresso Nacional nas últimas legislaturas (1990 a 1996)

Projeto	PL 5.287/90	PL 3.994/93	PLS 160/95	PL 332/95
Caracterização do ACS enquanto trabalhador de saúde	DF Percival Muniz 'O profissional que exerce ação educativa diretamente na comunidade, desenvolvendo atividades básicas de saúde' (art. 2º)	DF Paulo Portugal Não trata	Sen. Carlos Bezerra - Trabalhador de saúde; - Faz parte do quadro de pessoal de um serviço público ou privado de saúde; - Membro da equipe de enfermagem. (Art. 2º, <i>caput</i>)	DF Augusto Viveiros Não trata
Caracterização do exercício profissional	'Exerce ação educativa diretamente na comunidade, desenvolvendo atividades básicas de saúde' (art. 2º)	'Compete ao ASC o atendimento às comunidades, preferentemente as mais carentes, ministrando conhecimentos sobre prevenção de doenças e prestando atendimento em primeiros socorros, imunização, cuidados primários e vigilância epidemiológica' (art. 2º)	- Serviços auxiliares de enfermagem; - Sob supervisão; - No âmbito da comunidade da qual faz parte (art. 2º, <i>caput</i>); - Veda o exercício fora do 'ambiente comunitário' e 'dentro de serviços de saúde' (art. 2º, § 2º).	'Compete ao ASC ministrar conhecimentos sobre prevenção de doenças e prestar atendimento em primeiros socorros, imunização, cuidados primários e vigilância epidemiológica' (art. 3º).
Perfil Profissional	- Ação educativa - Atividades básicas de saúde (art. 2º)	- Ministra conhecimento sobre prevenção de doenças; - Presta atendimentos de primeiros socorros; - Imunização; - 'Cuidados primários' e - Vigilância epidemiológica (art. 2º)	- Executa atividades básicas de saúde referentes à assistência à saúde da mulher e da criança; - Executa tratamentos simples; - Presta assistência a pacientes de doenças transmissíveis e executar ações visando ao seu controle; - Executa ações de vigilância à saúde; - Executa ações de educação em saúde (art. 2º, <i>caput</i> , 'a' a 'e')	- Ministra conhecimentos sobre prevenção de doenças; - Presta atendimentos de primeiros socorros; - Imunização; - 'Cuidados primários' e - Vigilância epidemiológica.

Projeto	PL 5.287/90 DF Percival Muniz	PL 3.994/93 DF Paulo Portugal	PLS 160/95 Sen. Carlos Bezerra	PL 332/95 DF Augusto Viveiros
<p>Formação / capacitação</p>	<p>- 'Curso especializado' com currículo fixado pelo Conselho Federal de Educação, na forma da legislação vigente (art. 3º, I), com participação 'obrigatoriamente' de representantes indicados pelos ASP (art. 3º, § ún.)</p> <p>- 'o curso de ASP deve ter duração de 6 meses' (art. 4º <i>caput</i>)</p> <p>- 'as entidades empregadoras ou órgãos determinados por estas ficarão responsáveis pela capacitação periódica dos ASP através de cursos de reciclagem no mínimo uma vez por ano' (art.4º § ún.)</p> <p>- 'obriga-se o Poder Executivo, pelos seus órgãos competentes, a criar as condições necessárias para a formação profissional do ASP (art. 5º)</p>	<p>- 'Curso Básico de ASC', ministrado especificamente por instituição de ensino ou pela associação de classe respectiva' (art. 3º)</p>	<p>Curso específico, com currículo fixado pelo Conselho Federal de Educação, na forma da legislação em vigor (art. 3º, II)</p>	<p>'Curso de formação básica em saúde comunitária, a ser ministrado nos termos do que dispuser o regulamento desta lei'. (art. 2º, II)</p>

Quadro 5 – Características dos projetos de lei de regulamentação do exercício profissional de Agentes de Saúde Comunitária apresentados ao Congresso Nacional nas últimas legislaturas (1990 a 1996) - CONTINUAÇÃO

Fiscalização do exercício profissional	Não trata	Não trata	Atribui aos conselhos regionais de Enfermagem (Art. 5º)	Não trata
Regulamentação da lei	Pelo Poder Executivo no prazo de 90 dias da publicação da lei (Art. 7º)	Pelo Poder Executivo, 'ouvido o Ministério do Trabalho', no prazo de 60 dias da publicação da lei (Art. 6º)	Pelo Poder Executivo, no prazo de 90 dias, contados da data de publicação da lei (Art. 6º)	Pelo Poder Executivo, no prazo de 60 dias. (Art. 6º)

Brasília, 25 de maio de 1999

Referências

1. Saad, E.G. Consolidação das Leis do Trabalho Comentada. (30ª ed.) São Paulo: Editora LTr, 1997. p. 190.

2.2 Ato médico e divisão do trabalho nas equipes de saúde (2004)

A atenção à saúde – um campo de atuação profissional quase que exclusivamente do médico, num passado não muito distante², – é, hoje, necessariamente, multidisciplinar, compartilhado por novos profissionais.

A causa dessa mudança, que trouxe novos atores para o campo da atenção à saúde, foi o grande desenvolvimento da ciência e da tecnologia biomédicas, ocorrido, principalmente, a partir de meados do século passado. Esse desenvolvimento não apenas alterou os instrumentos, as práticas e os processos do trabalho em saúde como seu próprio objeto e é responsável pela crescente especialização, no exercício da medicina.

A divisão de trabalho no âmbito dessa nova equipe de saúde está, ainda, em processo. Os diferentes perfis de competências e habilidades dos diferentes atores vão sendo conformados na prática cotidiana dos serviços, sob a pressão das novas tecnologias e dos novos problemas de saúde e organizacionais. Esse compartilhamento do campo de trabalho, no entanto, não vem sendo feito, sempre, de modo harmônico, com invasões de uns nas áreas de atuação dos outros, na medida em que esses campos de atuação não estão perfeitamente delimitados.

Complica essa situação, o fato de que essa nova conformação da atuação profissional no campo da saúde produziu tipos diferentes de equipes de saúde segundo a necessidade de atuar em diferentes tipos de serviços e ações de saúde. Em decorrência dessas novas e diferentes formas de fazer a atenção à saúde, desenvolveram-se, então, equipes diferentes tanto no que diz respeito à composição e ao grau de interdisciplinaridade exigido, quanto ao papel e a autonomia relativa de seus membros.

Num extremo, temos a atuação de equipes cirúrgicas cuja efetividade exige estar centrada no médico – no caso o cirurgião –, serem altamente hierarquizadas e contarem com pequeno número de profissionais diferentes, que atuam com elevada subordinação e pequeno grau de autonomia. No extremo oposto, estão as equipes de assistência ambulatorial a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, as equipes de serviços comunitários e as de saúde da família, nas quais, ao contrário, se exige um processo de trabalho cooperativo entre os diversos – e mais numerosos – profissionais envolvidos, onde é essencial a contribuição das diferentes formas de ver o paciente, e nas quais a hierarquia e a subordinação, quando necessárias, são determinada, não *a priori*, mas pela natureza do problema assistencial.

2 Até bem avançado o século XIX, físicos, cirurgiões, boticários e parteiras eram os únicos ‘profissionais’ envolvidos no cuidado dos doentes, num conjunto variado e heteróclito de praticantes – bruxos, ervateiros, curandeiros, padres – que, em verdade, eram a quem acorria a grande maioria das pessoas em vista do pequeno número daqueles profissionais, do alto custo cobrado por eles e porque, comparada à dos praticantes ‘leigos’, a tecnologia dos ‘profissionais’ era, na maior parte dos casos, igualmente eficaz e mais agressiva.

Entre umas e outras, temos todo um espectro de condições, inclusive aquelas, mais frequentes, nas quais a equipe não ocupa o mesmo espaço geográfico, mas está dispersa em serviços de saúde distintos, como no caso do paciente que é atendido por um médico credenciado pelo seu plano de saúde em um consultório, recebe assistência farmacêutica em uma farmácia comercial e faz sessões de fisioterapia ou fonoterapia num terceiro serviço.

Num mercado de trabalho em que já se sente a plethora da oferta de alguns desses profissionais – e de médicos em particular, como é o caso das grandes cidades e das regiões Sul e Sudeste – a valorização das contribuições dos diferentes membros da equipe não é uniforme e a definição do grau de autonomia relativa de cada um se torna imperativa. De qualquer forma, não há dúvida de que, para a defesa da saúde dos pacientes e das comunidades atendidas por essas equipes e profissionais, se faz necessário determinar o campo privativo de atuação dos médicos e delimitar o dos demais participantes da equipe de saúde.

Dois projetos foram apresentados, recentemente, ao Senado Federal tratando dessa matéria: o Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, de autoria do Senador Geraldo Althoff, que *define o ato médico e dá outras providências* (Projeto de Lei do Ato Médico), e o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, do Senador Benício Sampaio, que *dispõe sobre o exercício da Medicina* (Projeto de Lei do Médico).

Projeto de Lei do Ato Médico e o Projeto de Lei do Médico tratam diferentemente a questão: enquanto o primeiro conceitua “ato médico”, o segundo estabelece o que são “atividades privativas do médico”.

Creemos que essa segunda alternativa contorna o difícil problema de definir “ato médico”, ao mesmo tempo em que prescinde de recorrer a outras conceituações – como é o caso do muito discutível conceito de “prevenção”, presente na resolução do Conselho Federal de Medicina que trata de “ato médico” e no Projeto de Lei do Ato Médico.

Essa formulação – a determinação dos atos que são privativos do médico, no âmbito de atuação das equipes de saúde – faz uma delimitação mais precisa e bem mais clara do campo privativo de atuação do médico no contexto da atenção à saúde, seja de um indivíduo, seja de uma comunidade. Por decorrência, determina, também de forma mais clara, os limites da atuação dos demais membros da equipe de saúde.

Segundo esta proposição, são privativos do médico:

- a formulação do diagnóstico nosológico;
- a prescrição terapêutica;
- a intervenção cirúrgica;
- a indicação e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos;
- a determinação do prognóstico.

Paralelamente, é necessário definir o que é e o que não é privativo de médico em relação à gestão de serviços de saúde, isto é, à coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria e supervisão. Nesse sentido, acredito que quando se trata de coordenar, chefiar, dirigir, periciar,

auditar e supervisionar procedimentos médicos, isto é, atos privativos de médicos, essas funções devem ser privativas de médico. No entanto, não devem ser incluídas entre as funções privativas de médico as de direção administrativa de serviços de saúde e aquelas, desse rol, que dispensem formação médica ou exijam qualificação profissional de outra natureza.

Concordo, também, com o posicionamento – contrário, por ser inconstitucional – da Comissão de Constituição e Justiça do Senado, nas duas vezes em que apreciou o Projeto de Lei do Ato Médico, no que se refere à delegação de competência legislativa ao Conselho Federal de Medicina, segundo propunha o art. 2º daquele projeto. O poder de legislar compete ao Legislativo, enquanto o poder regulamentar pertence ao Executivo. Mesmo que se concedesse ao Poder Executivo a competência para expedir as normas a que se refere, o dispositivo seria inconstitucional.

Esse dispositivo é, ademais, indubitavelmente ilegal, na medida em que a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os conselhos de Medicina, em nenhum momento confere a essas entidades a condição de “órgão normatizador”. Nem poderia fazê-lo, em face dos princípios constitucionais e da competência dos poderes estabelecidos pela Constituição do Brasil.

Brasília, 14 de junho de 2004.

2.3 - A regulamentação das profissões de saúde e os efeitos da aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico sobre essas profissões (2004)

Bases legais que regem o exercício profissional das categorias profissionais da área de saúde no Brasil.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu, por meio de sua Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, quais profissionais de nível superior devem ser considerados “profissionais de saúde” [ordem alfabética]: assistentes sociais, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais e veterinários.

Em relação às profissões de nível médio, não existe uma definição correspondente. Em vista disso, consideramos todas as profissões com esse nível de escolaridade que atuam na área de saúde sobre as quais existem regulamentos [também em ordem alfabética]: agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, massagistas, parteiras, técnicos de radiologia e técnicos em prótese dentária.

A relação do conjunto de regulamentos que tratam do exercício das profissões de saúde encontra-se no Anexo 1.3

As primeiras profissões de saúde a serem regulamentadas em nosso País foram as de farmacêutico⁴ e de enfermeiro⁵, em 1931. A de dentista⁶ foi regulamentada no ano seguinte.

Em 1932, um decreto⁷ “regula e fiscaliza o exercício” de várias profissões de saúde: medicina, odontologia, medicina-veterinária, farmácia e enfermagem, de nível superior; e parteira, optometrista, prático de farmácia, massagista e duchista, de nível médio e elementar.

Quadro 1 - Regulamentação das profissões de saúde de nível superior, segundo o ano de publicação do primeiro regulamento e o regulamento em vigor.

Ano*	Profissão	Regulamento em vigor
1931	Farmacêutico	Decreto nº 19.606/31; Decreto nº 86.875/81
	Enfermeiro	Lei nº 2.604/55; Lei nº 7.498/86
1932	Médico	-
	Dentista	Lei nº 5.081/66
	Veterinário	Lei nº 5.517/68
1957	Assistente Social	Lei nº 8.662/93
1962	Psicólogo	Lei nº 4.119/62
1967	Nutricionista	Lei nº 8.234/91
1969	Fisioterapeuta	Decreto-Lei nº 938/69; Lei nº 6.316/75
	Terapeuta Ocupacional	Decreto-Lei nº 938/69; Lei nº 6.316/75
1979	Biomédico	Lei nº 6.684/79; Lei nº 6.686/79; Lei nº 7.017/82
1981	Fonoaudiólogo	Lei nº 6.965/81
1998	Profissional de Educação Física	Lei nº 9.696/98

3 Listamos apenas leis e decretos. Além desses, existe uma infinidade de resoluções dos conselhos de fiscalização profissional, que não estão contempladas aqui. Na Constituição Federal, há um único dispositivo que se refere a “profissionais de saúde”. Trata-se do inciso XVI, do art. 37, que veda a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários, de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.

4 Decretos nos 19.606, de 19 de janeiro de 1931, que dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil, e 20.377, de 8 de setembro de 1931, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil. (vigentes)

5 Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, que regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. (Revogado)

6 Decreto-Lei nº 7.718, de 9 de julho de 1945, que dispõe sobre a situação profissional de dentistas diplomados por faculdades que funcionaram com autorização dos governos estaduais. (Revogado)

7 Decreto nº 20.931, de 1 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

Não se trata exatamente de uma regulamentação do exercício profissional como hoje a entendemos – na medida em que não são definidas competências, atribuições ou atividades privativas –, mas de submeter o exercício daquelas profissões à exigência de habilitação e à fiscalização da autoridade sanitária – uma Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento de Saúde Pública, ou, onde ela não existir, das autoridades policiais e judiciárias –, bem como de estabelecer “deveres” e “vedações” para os profissionais, no âmbito do exercício das respectivas profissões.⁸

Enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos tiveram as respectivas regulamentações de exercício profissional alteradas mais de uma vez desde aqueles primeiros regulamentos: a da enfermagem sofreu duas reformas, com a edição de novos regulamentos em 1959 e 1986¹⁰. O mesmo aconteceu com a dos odontólogos, em 1945¹¹, em 1951¹² e em 1966¹³. Os conselhos fiscalizadores da profissão de farmacêutico foram criados em 1960¹⁴, mas novas disposições sobre o exercício dessa profissão só foram baixadas, por meio do decreto regulamentador dessa lei, vinte e um anos depois¹⁵.

Os veterinários, por seu lado, só vieram a ter sua profissão regulamentada em particular em 1968¹⁶.

Assistentes sociais (1957)¹⁷, psicólogos (1962)¹⁸ e nutricionistas (1967)¹⁹ foram as últimas profissões do grupo de profissões tradicionais das equipes de saúde a terem seu exercício regulamentado.

8 Para os médicos são estabelecidos, entre outros, os “deveres” de informar à Inspeção “a sede do seu consultório”, escrever as receitas legivelmente e em vernáculo, notificar doenças de notificação compulsória e atestar o óbito. Entre as “vedações” estão: ter consultório comum com indivíduo que exerça ilegalmente a medicina, receber de forma secreta, indicar o “estabelecimento farmacêutico” para aviar suas receitas, firmar atestados sem praticar os atos que os justifiquem, “dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gravidez”, fazer parte de empresa que explore a indústria farmacêutica, exercer, simultaneamente, as profissões de médico e farmacêutico e anunciar a cura de doenças incuráveis. Os dentistas somente podem prescrever anestésicos de uso tópico e medicamentos de uso externo, sendo-lhes vedado praticar intervenções cirúrgicas que exijam “conhecimentos estranhos à profissão”. Aos protéticos são proibidos a instalação de gabinetes dentários e o exercício da clínica odontológica. As parteiras e enfermeiras especializadas em obstetrícia devem limitar-se “aos cuidados indispensáveis às parturientes e recém-nascidos nos casos normais”, cabendo-lhes responsabilidade pelos acidentes atribuíveis à imperícia de sua intervenção. As parteiras é vedado prestar assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto, recolher parturientes e gestantes em sua residência, manter consultório e prescrever medicações. Enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas são proibidos de manter consultório. Os médicos, farmacêuticos, cirurgiões dentistas, veterinários, enfermeiros e parteiras que cometerem falta grave ou erro de ofício poderão ser suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de seis meses a dois anos, e, se exercerem função pública, serão demitidos dos respectivos cargos.

9 Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, que regula o exercício da enfermagem profissional. (Vigente)

10 Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. (Vigente)

11 Lei nº 7.718, de 9 de julho de 1945, que dispõe sobre a situação profissional de dentistas diplomados por faculdades que funcionam com autorização dos governos estaduais. (Revogada)

12 Lei nº 1.314, de 17 de janeiro de 1951, que regulamenta o exercício profissional dos cirurgiões dentistas. (Revogada)

13 Lei nº 5.058, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da odontologia. (Vigente)

14 Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Farmácia e dá outras providências. (Vigente)

15 Decreto nº 85.878, de 7 de abril de 1981, que estabelece normas para a execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. (Vigente)

16 Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968, que dispõe sobre o exercício da profissão de médico-veterinário e cria os Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária. (Vigente)

17 Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957, que regulamenta o exercício da profissão de assistente social. (Revogada)

18 Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. (Em vigor)

19 Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967, que dispõe sobre a profissão de nutricionista, regula seu exercício, e dá outras providências (revogada).

Assistentes sociais e nutricionistas tiveram seus regulamentos alterados uma vez, desde então, respectivamente em 1993²⁰ e 1991²¹.

Os médicos, em que pese terem sido instituídos, já em 1945²², os conselhos de medicina, “destinados a zelar pela fiel observância dos princípios da ética profissional no exercício da medicina”, e de terem sido editadas, desde então, outras quatro leis tratando de seu salário, jornada de trabalho, residência médica e instituição de um incentivo²³, nunca tiveram sua profissão regulamentada no que diz respeito a competências, atividades privativas, direitos e deveres, como as demais²⁴ (ver, a respeito, o item 2, a seguir).

A regulamentação do exercício de assistentes sociais, psicólogos e nutricionista encerra uma fase, na regulamentação das profissões de saúde.

A partir de meados do século passado, foram introduzidas grandes mudanças na atenção à saúde em decorrência do desenvolvimento da ciência e da tecnologia biomédicas. Esse desenvolvimento não apenas alterou os instrumentos, as práticas e os processos do trabalho em saúde como seu próprio objeto – o desenvolvimento, cada vez em maior intensidade, de ações voltadas para a saúde coletiva e a implementação de novas ações e serviços de atenção à saúde individual – e é responsável pela crescente especialização, no exercício da medicina.

Esse fenômeno é também responsável por o tamanho e a diversificação das equipes de saúde ampliarem-se pela entrada em cena dos profissionais modernos: fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (1969)²⁵, biomédicos (1979)²⁶, fonoaudiólogos (1981)²⁷ e, mais recentemente, profissionais de educação física (1998)²⁸.

Divisão de competências e autonomia relativa dos diversos profissionais no âmbito das modernas equipes de saúde

Como é um fenômeno recente, a divisão de trabalho no âmbito dessas novas equipes de saúde está, ainda, em processo. Os diferentes perfis de competências e habilidades desses atores

20 Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. (Vigente)

21 Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. (Vigente)

22 Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, que institui os conselhos de medicina e dá outras providências. (Revogado) Esse decreto foi substituído pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências (vigente) que o revogou.

23 Ver, a respeito, o Anexo (item 1.8)

24 A primeira proposição legislativa nesse sentido consiste, exatamente, no Projeto de Lei do Médico (Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, do Senador Benício Sampaio), que dispõe sobre o exercício da Medicina, e que tramita apensado ao Projeto de Lei do Ato Médico.

25 Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. (Vigente)

26 Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, que regulamenta as profissões de biólogo e de biomédico, cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências. (Vigente)

27 Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, e determina outras providências. (Vigente)

28 Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e conselhos regionais de Educação Física. (Vigente)

estão sendo conformados na prática cotidiana dos serviços, sob a pressão das novas tecnologias e dos novos problemas de saúde e organizacionais.

Esse compartilhamento do espaço de trabalho, no entanto, não vem sendo feito, sempre, de modo harmônico, ocorrendo invasões de uns nas áreas de atuação dos outros, pois esses campos de atuação não estão perfeitamente delimitados.

Como os diferentes profissionais são treinados separados e com uma grande ênfase no ensino teórico de suas matérias – isto é, com pouca prática em serviços onde, supostamente, essas equipes estão em atuação –, em geral desconhecem as competências, potencialidades e limites da atuação uns dos outros.

É interessante notar que, na regulamentação das profissões de que estamos tratando, a perspectiva de uma atuação em equipe é muito recente. Ela aparece pela primeira vez em 1979, quando se regulamentou o exercício dos biomédicos, ao dispor que a esses profissionais “compete atuar em equipes de saúde”²⁹, e está presente na regulamentação da fonoaudiologia, de 1981³⁰, nas novas regulamentações da enfermagem, de 1986³¹, e da nutrição, de 1991³², e na de profissionais de educação física, de 1998³³.

Evidencia-se, assim, que, também para o legislador, a partir de um determinado momento histórico, fica caracterizada a necessidade de que o exercício das diferentes profissões de saúde deve se dar na forma de uma atuação em equipe, multi ou interdisciplinar.

Na prática, no entanto, a situação é complicada pelo fato de que essa nova conformação da atuação profissional no campo da saúde produziu não um único, mas diversos tipos de equipes de saúde, segundo a necessidade de atuar em diferentes tipos de serviços e ações de saúde. Em decorrência dessas novas e diferentes formas de fazer a atenção à saúde – individual e coletiva –, desenvolveram-se equipes diferentes tanto no que diz respeito à composição e ao grau de interdisciplinaridade exigidos, quanto ao papel e à autonomia relativa de seus membros.

Num extremo, temos, por exemplo, a atuação de equipes cirúrgicas cuja efetividade exige estar centrada no médico – no caso o cirurgião –, serem altamente hierarquizadas e contarem com pequeno número de profissionais diferentes, que atuam com elevada subordinação e pequeno grau de autonomia. No extremo oposto, estão as equipes de assistência ambulatorial a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, as equipes de centros de saúde e as de saúde da família, nas quais, ao contrário, se exige um processo de trabalho cooperativo entre os vários – e mais diversificados – profissionais envolvidos, onde é essencial a contribuição das diferentes

29 Art. 4º da Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979.

30 Ao atribuir competência ao fonoaudiólogo para “participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição” (alínea b do art. 4º da Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981).

31 Ao atribuir ao enfermeiro um conjunto de atribuições “como integrante da equipe de saúde” (inciso II do art. 11 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986).

32 Ao tornar obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares destinadas a planejar, coordenar ... executar e avaliar políticas, programas ... relacionados com alimentação e nutrição (parágrafo único do art. 4º da Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991).

33 Ao atribuir competência ao profissional de educação física para “participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares nas áreas de atividades físicas e do desporto” (art. 3º da Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998).

formas de ver o paciente, e nas quais a hierarquia e a subordinação, quando necessárias, são determinadas, não *a priori*, mas pela natureza do problema assistencial.

Entre umas e outras, temos todo um espectro de condições, inclusive aquela, mais frequente, na qual a equipe não ocupa o mesmo espaço geográfico de um serviço, mas está dispersa em serviços de saúde distintos, como no caso do paciente que é atendido por um médico credenciado pelo seu plano de saúde no consultório do médico, recebe assistência farmacêutica em uma farmácia comercial e faz sessões de fisioterapia ou recebe assistência dietoterápica num terceiro serviço.

Em relação a esse tópico, isto é, o que compete a cada profissão, a legislação que as regulamenta trata a matéria de forma bastante heterogênea: define “competências” para assistentes sociais, biomédicos, dentistas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, psicólogos e veterinários; “atividades”, para biomédicos, fisioterapeutas e nutricionistas; “atribuições”, para enfermeiros; e “função” para psicólogos. A lei que regula o exercício da farmácia estabelece que o exercício da profissão “compreende”; a de fonoaudiólogo, que este profissional “atua em”. (Quadro 2)

No que diz respeito à atuação dos diferentes profissionais *no âmbito de equipes de saúde*, são definidas “atribuições, atividades ou competências *privativas*” apenas para enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e veterinários.

O Anexo 2 relaciona, para cada profissão, o conjunto das atribuições que o respectivo regulamento lhes confere, bem como as atividades que lhes são privativas, quando atuam numa equipe de saúde.

Quadro 2 - Expressões segundo as quais são referidas as competências / atividades / atribuições e atribuições / atividades privativas na regulamentação do exercício profissional das diferentes profissões de saúde.

Profissão	Competências / atribuições	Atribuições privativas
Assistente Social	“Competências”	“Atribuições privativas”
Biomédico	“Competências”/“Atividades”/“Poderá”	Não estabelece
Dentista	“Compete”	Não estabelece
Enfermeiro	“Atribuições”	“Atribuições privativas”
Farmacêutico	“O exercício da profissão compreende”	“Atribuições privativas”
Fisioterapeuta	“Atividade” / “Poderá”	“Atividades privativas”
Fonoaudiólogo	“Competências” / “Atua em”	Não estabelece
Médico	Matéria não regulamentada	Matéria não regulamentada
Nutricionista	“Atividades” / “Atribuem-se”	“Atividades privativas”
Profissional de Educação Física	“Competências”	Não estabelece
Psicólogo	“Função” / “Competência”	“Função privativa”
Terapeuta ocupacional	“Atividade” / “Poderá”	“Atividades privativas”
Veterinário	“Competências”	“Competências privativas”

Na medida em que o grande questionamento que está sendo feito em relação aos Projetos de Lei do Ato Médico / de Lei do Médico diz respeito, exatamente, à divisão de competências e ao grau de autonomia das diferentes profissões se forem atribuídas ao médico, na qualidade de “atos médicos privativos”, a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica, a legislação orienta muito pouco.

A análise do anexo 2 permite identificar que os regulamentos nem sempre têm uma formulação clara quanto a uma determinada “atribuição privativa” dizer respeito, explicitamente, “formular diagnóstico” e “prescrever terapia”.

Veja-se, por exemplo, a lei que regulamenta o exercício da enfermagem: dentre as atividades que “cabem privativamente ao enfermeiro” apenas a “prescrição da assistência de enfermagem” tem uma formulação que permite identificar um ato de prescrição; no que diz respeito a diagnóstico, as coisas não ficam mais tão claras.

O mesmo pode ser dito em relação a “executar métodos e técnicas fisioterápicos, terapêuticos e recreacionais” constituir atividade privativa dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, sem que fique claro se a prescrição desses “métodos e técnicas” constitui ou não sua atribuição privativa, também.

A regulamentação da profissão de farmacêutico atribui a esse profissional, privativamente, o “desempenho de funções especializadas exercidas em laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública”, sem esclarecer, no entanto, em que consistem essas “funções especializadas”.

Por fim, a lei que regulamenta a profissão de nutricionista estabelece como competência privativa desses profissionais “[a] assistência nutricional de coletividades e indivíduos” e “[a] assistência dietoterápica hospitalar e ambulatorial”, sem esclarecer se o diagnóstico nutricional que essas atividades pressupõem e a sua prescrição são ou não, também, privativas desses profissionais ou se dependem de um diagnóstico e uma prescrição médica prévios.

Conclusão. Efeitos do PLS 25/2002 sobre o exercício das profissões de saúde.

A principal oposição que fazem os representantes das profissões não-médicas ao substitutivo aprovado na Comissão de Constituição e Justiça do Senado (1) diz respeito, exatamente, a esta questão: interpretam que, se aprovado, a formulação de diagnósticos e a prescrição de terapias passam a ser atribuição privativa de médicos, e, com isso, os demais profissionais de saúde serão equiparados aos profissionais de nível auxiliar e técnico, isto é, só executarão ações prescritas ou delegadas, sem autonomia.

A análise das normas em vigor que regulamentam o exercício profissional do conjunto de profissões, como se viu, não esclarece a questão porque não são claras sobre essa matéria, em especial no que diz respeito às respectivas atividades privativas.

Uma emenda que substitua a expressão “diagnóstico médico” por “diagnóstico nosológico” provavelmente resolve parte do problema, na medida em que não há muita controvérsia sobre

essa categoria de diagnóstico ser uma atividade privativa de médico, diferente do “diagnóstico psicológico” e da “avaliação da comunicação oral e escrita, da voz e da audição”, por exemplo, que são atividades privativas de psicólogos e fonoaudiólogos.

Ainda que não existam nas leis estudadas, são reconhecidas e utilizadas as expressões e os conceitos de “diagnóstico de enfermagem”, “diagnóstico ou avaliação nutricional” e, mesmo, “diagnósticos funcionais ou fisiológicos”, que não envolvem, necessariamente, a identificação de doenças ou patologias, e que são realizados respectivamente por enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. Todos esses não são “diagnósticos nosológicos” e são parte das atividades de diagnóstico compartilhadas entre médicos e demais profissionais de saúde.

Mais difícil é resolver o problema da “prescrição terapêutica” como atividade privativa de médico. Aqui seria necessário esclarecer – também por meio de emendas que excetuassem as disposições do *caput* do dispositivo correspondente – que ela não inclui a prescrição de:

- a assistência de enfermagem;
- métodos e técnicas fisioterápicas;
- métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais no âmbito da terapia ocupacional;
- a terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- a assistência nutricional e dietoterápica;
- os “atos pertinentes à odontologia”;
- atividades físicas e esportes; e
- a psicoterapia para problemas de ajustamento.

6 de outubro de 2004.

Referências

Barros, H. Profissionais de 11 áreas ligadas à saúde temem que projeto de lei restrinja suas atividades. *Correio Brasileiro*, 14/09/2004; Senado reabre discussão sobre projeto do ato médico. *Folha de São Paulo*, 16/09/2004; Protesto contra lei dos médicos. *Gazeta Mercantil*, 16/09/2004.

ANEXO 1

Leis e decretos que regulamentam o exercício profissional das profissões de saúde.

1. Profissões de nível superior

1.1 Assistentes sociais

Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que *dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.*

Decreto do Conselho de Ministros nº 994, de 15 de maio de 1962, que *regulamenta a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957, que dispõe sobre o exercício da profissão de assistente social.*

1.2 Biólogos e biomédicos

Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, que *regulamenta as profissões de biólogo e de biomédico, cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências.*

Lei nº 6.686, de 11 de setembro de 1979, que *dispõe sobre o exercício da análise clínico-laboratorial.*

Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982, que *dispõe sobre o desmembramento dos conselhos federal e regionais de Biomedicina e de Biologia.*

Decreto nº 85.005, de 6 de agosto de 1980, que *regulamenta a Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, que dispõe sobre as profissões de biólogo e biomédico e cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências.*

Decreto nº 88.438, de 28 de junho de 1983, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de biólogo, de acordo com a Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982.*

Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de biomédico, de acordo com a Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982.*

1.3 Enfermeiros

Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que *dispõe sobre a criação dos conselhos Federal e regionais de Enfermagem e dá outras providências.*

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que *regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.*

Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que *regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.*

Decreto nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, que *regula os exames de habilitação para os auxiliares de enfermagem e parteiras práticas.*

Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, que *regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no Território Nacional.*

Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que *regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

1.4 Farmacêuticos

Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que *cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Farmácia e dá outras providências.*

Decreto nº 19.606, de 19 de janeiro de 1931, que *dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil.*

Decreto nº 20.377, de 8 de setembro de 1931, que *aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil.*

Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que *regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.*

Decreto nº 85.878, de 7 de abril de 1981, que *estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências.*

1.5 Fisioterapeutas

Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, que *cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.*

Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994, que *fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.*

Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que *provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.*

1.6 Fonoaudiólogos

Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que *dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, e determina outras providências.*

Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, que *regulamenta a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, e determina outras providências.*

1.7 Médicos

Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que *dispõe sobre os conselhos de Medicina e dá outras providências.*

Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que *altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.*

Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.*

Lei nº 9.436, de 5 de fevereiro de 1997, que *dispõe sobre a jornada de trabalho de médico, médico de saúde pública, médico do trabalho e médico veterinário, da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências.*

Decreto-Lei nº 2.114, de 23 de abril de 1984, que *institui a Gratificação de Incentivo à Atividade Médica na Previdência Social, e dá outras providências.*

Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que *regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.*

Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que *regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.*

Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, que *aprova o regulamento do Conselho Federal e dos conselhos regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.*

1.8 Médicos-veterinários

Lei nº 4.950-A, de 22 de abril de 1966, que *dispõe sobre a remuneração de profissionais diplomados em Engenharia, Química, Arquitetura, Agronomia e Veterinária.*

Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968, que *dispõe sobre o exercício da profissão de médico-veterinário e cria os Conselhos Federal e regionais de Medicina Veterinária.*

Lei nº 9.436, de 5 de fevereiro de 1997, que *dispõe sobre a jornada de trabalho de médico, médico de saúde pública, médico do trabalho e médico veterinário, da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências.*

Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que *regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.*

Decreto nº 64.704, de 17 de junho de 1969, que *aprova o regulamento do exercício da profissão de médico-veterinário e dos conselhos de Medicina Veterinária.*

1.9 Nutricionistas

Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que *cria os conselhos Federal e regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências.*

Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que *regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.*

Decreto nº 84.444, de 30 de janeiro de 1980, que *regulamenta a Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que cria os conselhos Federal e regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências.*

1.10 Odontólogos

Lei nº 1.314, de 17 de janeiro de 1951, que *regulamenta o exercício profissional dos cirurgiões-dentistas.*

Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que *altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.*

Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, que institui o Conselho Federal e os conselhos regionais de Odontologia, e dá outras providências.

Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia.

Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.

Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971, que regulamenta a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964.

1.11 Profissionais de educação física

Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e conselhos regionais de Educação Física.

1.12 Psicólogos

Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Psicologia e dá outras providências.

Decreto-Lei nº 706, de 25 de julho de 1969, que estende aos portadores de certificado de curso de pós-graduação em psicologia e psicologia educacional, o direito assegurado pelo Art. 19 da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962.

Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo.

Decreto nº 79.822, de 17 de junho de 1977, que regulamenta a Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Federal e os conselhos regionais de Psicologia e dá outras providências.

1.13 Terapeutas ocupacionais

Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, que cria o Conselho Federal e os conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.

Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994, que fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que prevê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.

2. Profissionais de nível médio

2.1 Agentes comunitários de saúde

Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que *cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.*

Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, que *fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde, e dá outras providências.*

2.2 Auxiliares e técnicos de enfermagem

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

2.3 Massagistas

Lei nº 3.968, de 5 de outubro de 1961, que *dispõe sobre o exercício da profissão de massagista, e dá outras providências.*

Decreto-Lei nº 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, que *regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.*

2.4 Parteiras

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que *dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

2.5 Técnicos em prótese dentária

Lei nº 6.710, de 5 de novembro de 1979, que *dispõe sobre a profissão de técnico em prótese dentária e determina outras providências.*

Decreto nº 87.689, de 11 de outubro de 1982, que *regulamenta a Lei nº 6.710, de 5 de novembro de 1979, que dispõe sobre a profissão de técnico em prótese dentária e determina outras providências.*

2.6 Técnicos em radiologia

Lei nº 1.234, de 14 de novembro de 1950, que *confere direitos e vantagens a servidores que operam com raios X e substâncias radioativas.*

Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985, que *regula o exercício da profissão de técnico em radiologia e dá outras providências.*

Decreto nº 92.790, de 17 de junho de 1986, que *regulamenta a Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985, que regula o exercício da profissão de técnico em radiologia e dá outras providências.*

ANEXO 2

1. Competências / atividades / atribuições das diferentes categorias profissionais de saúde de nível superior³⁴, em relação a suas respectivas atuações no âmbito de equipes de saúde³⁵, segundo as respectivas regulamentações do exercício profissional em vigor.

1.1 Assistentes sociais (Lei nº 8.662/93, art. 4, incisos III e V)

- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

1.2 Biomédicos (Lei nº 6.684/79, arts. 4º, *caput*, e 5º, incisos II e III; e Lei nº 6.686/79, art. 1º)

- atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnóstico;
- realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;
- atuar, sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;
- realizar análises clínico-laboratoriais, assinando os respectivos laudos, desde que comprove a realização de disciplinas indispensáveis ao exercício dessa atividade.

1.3 Enfermeiros (Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, alíneas a a j)

- participar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

34 A regulamentação do exercício das profissões de nível médio não lhes confere autonomia, atribuindo-lhes a responsabilidade pela execução de tarefas delegadas, sob supervisão de um profissional de nível superior. Assim, por exemplo, a aplicação de massagem [por um massagista] depende de prescrição médica (art. 2º, I, da Lei nº 3.968, de 5 de outubro de 1961, que dispõe sobre o exercício da profissão de massagista), da mesma forma que o auxiliar de enfermagem “exerce atividade de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem”, e que as atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem, quando executados em serviços de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de enfermagem (arts. 13 e 15 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências). Por essa razão, abordaremos, apenas, em relação a esse aspecto, as profissões de nível superior.

35 Deixaremos de analisar uma outra característica que é comum a todos os regulamentos: a atribuição de competência privativa para o exercício de determinadas funções não-assistenciais, mas que dizem respeito a atividades privativas das respectivas profissões. Entre essas funções estão: a) de chefia, coordenação, supervisão; b) de perícia; c) de ensino; d) de assessoria e consultoria; e) de elaboração e avaliação de políticas, planos, programas e projetos; e f) de investigação e pesquisa. Por essa razão, analisaremos apenas as competências / atribuições relativas às atuações profissionais de natureza assistencial, desenvolvidas no âmbito de equipes de saúde. É preciso ter em mente, ainda, que determinadas profissões – assistentes sociais, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, psicólogos e veterinários – atuam também em outras áreas, além da de saúde. Nesse sentido, as respectivas regulamentações dessas profissões incluem disposições sobre essas outras matérias, que, do mesmo modo, não serão abordadas neste estudo.

- participar em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- prevenir e controlar infecção hospitalar e doenças transmissíveis em geral;
- prevenir e controlar danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- [prestar] assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- acompanhar a evolução e o trabalho de parto;
- executar parto sem distocia;
- [realizar] educação visando a melhoria de saúde da população.

1.4 Farmacêuticos (Decreto nº 85.878/81, art. 2º, incisos I, alínea b e i).

- desempenhar funções especializadas exercidas em órgãos ou laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública ou seus departamentos especializados e em órgãos, laboratórios ou estabelecimentos em que se pratiquem exames de caráter químico-toxicológico, químico-farmacêutico, biológicos, microbiológicos, fitoquímicos e sanitários.

1.5 Fisioterapeutas (Decreto-Lei nº 938/69)

- não explicitadas (ver atividades privativas).

1.6 Fonoaudiólogos (Lei nº 6.965/81, art. 4º, alíneas a a d)

- desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;
- participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e da fala.

1.7 Médicos

- matéria não regulamentada.

1.8 Nutricionistas (Lei nº 8.234/91, art. 4º, incisos VII a IX).

- prescrever suplementos nutricionais necessários à complementação da dieta;
- solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;
- participar em inspeções sanitárias relativas a alimentos.

1.9 Odontólogos (Lei nº 5.081/66, art. 6º, incisos I a III, V, VI e VIII)

- praticar todos os atos atinentes à odontologia;
- prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia;
- atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de faltas ao emprego;
- aplicar anestesia local e troncular;
- empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;
- prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente.

1.10 Profissionais de educação física (Lei nº 9.696/98, art. 3º)

- coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos nas áreas de atividades físicas e do esporte.

1.11 Psicólogos (Lei nº 4.119/62)

- não explicitadas (ver atividades privativas).

1.12 Terapeutas ocupacionais (Decreto-Lei nº 938/69)

- não explicitadas (ver atividades privativas).

1.13 Veterinários (Lei nº 5.517/68, art. 6º, alíneas *b, d e g*)

- estudar e aplicar medidas de saúde pública no tocante às doenças de animais transmissíveis ao homem;
- padronizar e classificar produtos de origem animal;
- realizar exames periciais tecnológicos e sanitários dos subprodutos da indústria animal.

2. Atividades / competências / atribuições privativas das diferentes categorias profissionais de saúde de nível superior, em relação a suas respectivas atuações no âmbito de equipes de saúde, segundo as respectivas regulamentações do exercício profissional em vigor.

2.1 Assistentes sociais (Lei nº 8.662/93)

- não explicitadas.

2.2 Biólogos e biomédicos

- não explicitadas.

2.3 Enfermeiros (Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso I, alíneas *i a m*)

- [realizar] consulta de enfermagem;
- prescrever a assistência de enfermagem;
- [prestar] cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- [prestar] cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

2.4 Farmacêuticos (Decreto nº 85.878/81, art. 1º, incisos I e III).

- dispensar e manipular fórmulas magistrais e farmacopêicas;
- realizar fiscalização profissional sanitária e técnica em empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica.

2.5 isioterapeutas (Decreto-Lei nº 938/69, art. 3º)

- executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

2.6 Fonoaudiólogos (Lei nº 6.965/81, art. 4º, alíneas *a a d*)

- não explicitadas.

2.7 Médicos

- matéria não regulamentada.

2.8 Nutricionistas (Lei nº 8.234/91, art. 3º, incisos VII e VIII). [“são atividades privativas dos nutricionistas”]

- “assistência e educação nutricional a coletividades e indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética” [sem verbo];
- “assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos” [sem verbo].

2.9 Odontólogos (Lei nº 5.081/66)

- não explicitadas.

2.10 Profissionais de educação física (Lei nº 9.696/98)

- não explicitadas.

2.11 Psicólogos (Lei nº 4.119/62, art. 13, § 1º, alíneas *a* e *d*) [“constitui função privativa do psicólogo”]

- “diagnóstico psicológico” [sem verbo e sem artigo];
- “solução de problemas de ajustamento” [sem verbo e sem artigo].

2.12 Terapeutas ocupacionais (Decreto-Lei nº 938/69, art. 3º)

- executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

2.13 Veterinários (Lei nº 5.517/68, art. 5º, alíneas *d*, *e* e *f*)

- planejar e executar [ações relativas à] defesa sanitária animal;
- [ter] a direção técnica sanitária dos estabelecimentos (...) onde estejam, permanentemente, em exposição, em serviço ou para qualquer outro fim, animais;
- [realizar] a inspeção e a fiscalização sob o ponto de vista sanitário, higiênico e tecnológico dos matadouros, frigoríficos e de produtos de origem animal, nos locais de produção, manipulação, armazenamento e comercialização.

2.4 - O ensino médico no Brasil (1999)

Deficiências do ensino médico no País

A existência de sérias deficiências caracterizando o ensino médico é reconhecida pelos especialistas na matéria (1) e confere ao problema um caráter inquietante, uma vez que se trata de um diagnóstico antigo de uma situação que tende ao agravamento.

Dois iniciativas recentes foram tomadas, com vistas à avaliação do ensino médico no Brasil: a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e da Comissão Interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde.

A Cinaem foi criada em 1991, por iniciativa de entidades médicas (Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro e Federação Nacional dos Médicos), estudantis (Associação Nacional dos Médicos Residentes e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) e universitárias (Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Associação Brasileira de Educação Médica e Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), objetivando a integração dessas entidades para a avaliação do ensino médico, na busca de melhor qualidade da formação dos médicos do País.

A Comissão Interministerial do Ministério da Educação e da Saúde foi criada por portaria dos ministros das duas áreas (2), em 1997, com a finalidade de definir e propor procedimentos, critérios, parâmetros e indicadores de qualidade para orientar a análise dos pedidos de autorização de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia e parâmetros e indicadores de qualidade para a avaliação de mérito acadêmico e da necessidade de perfil profissional.

A Cinaem realizou, nesses oito anos de existência, três estudos(3): um “estudo ecológico”, em 1991 – que caracterizou as escolas médicas brasileiras quanto a suas estruturas econômico-administrativa, político-administrativa, de infraestrutura material e de recursos humanos e seu modelo pedagógico –; um “estudo transversal”, em 1997 – caracterizando os docentes das escolas médicas quanto a características demográficas e de formação profissional e seu desempenho docente, isto é, sua inserção nas atividades da escola e produção científica, – e um “estudo de coorte”, também de 1997, avaliando o crescimento cognitivo dos estudantes durante o internato curricular e suas habilidades e atitudes ao final do mesmo.

A Comissão Interministerial deveria ter apresentado as conclusões de seu trabalho em 30 de outubro de 1997, no entanto, nenhuma das autoridades e técnicos dos dois ministérios envolvidos – inclusive alguns dos membros da referida comissão –, procurados pelo Serviço de Apoio Técnico da Consultoria Legislativa, souberam informar sobre esse relatório.

Dentre os resultados dos estudos da Cinaem, ressaltam:

A - em relação às escolas de medicina:

1. uma inversão clara no padrão de criação de escolas médicas no País, a partir de 1965, quando passa a haver um predomínio das escolas privadas em detrimento das públicas³⁶, com ampliação do acesso a seus cursos;
2. o desempenho medíocre e similar das escolas em relação a aspectos de estrutura político-administrativa e econômica, de infraestrutura e de recursos humanos, sendo de ressaltar que essas carências são maiores em relação a fatores – como recursos humanos e modelo pedagógico –, considerados críticos para os bons resultados em termos de formação, pesquisa e assistência;
3. a atividade docente é realizada, predominantemente, por um contingente de professores auxiliares e assistentes, exercendo a profissão a menos de dez anos, em tempo parcial e insatisfeitos com infraestrutura da instituição e o salário;
4. de um modo geral, esses profissionais são pouco preparados para o ensino, para a pesquisa e para as atividades administrativas em que se inserem;
5. a produção científica é limitada³⁷;
6. para a grande maioria dos professores, a docência constitui-se em atividade complementar à profissão médica;
7. as maiores cargas de ensino e assistência recaem sobre os professores em regime de 40 horas³⁸, mais jovens, sem formação e insatisfeitos com sua situação financeira, “revelando a situação crítica em que ocorrem a maioria das atividades de ensino e assistência com os alunos de graduação”.

B - em relação ao produto das escolas, isto é, o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos formandos das escolas médicas:

1. o crescimento cognitivo dos alunos é lento durante os cinco anos do curso de graduação, representando um investimento muito grande de tempo e recursos, dirigidos a um contingente enorme de adolescentes em uma fase extremamente rica de suas vidas, para obter um retorno bastante aquém do possível e do desejado³⁹;

36 Em 1991, 43,4% das escolas médicas existentes no País eram mantidas pela iniciativa privada, contra 39,5%, mantidas pelo governo federal; 14,5%, pelos governos estaduais e 2,6% pelos municípios.

37 “O que se observou entre os docentes com maior dedicação à carreira acadêmica e maior vínculo com a produção de conhecimento foi uma justa insatisfação com o salário e a situação financeira em geral. Esses achados revelam o desestímulo absurdo a que estão sendo submetidos os docentes que optam pela carreira científica.”

38 As escolas privadas mostram prevalência maiores de docentes com atividade fora da escola, regime de trabalho de até 39 horas semanais e mais satisfeitos com o salário, a situação financeira e a infraestrutura. A proporção de professores com formação pós-graduada, no entanto, é a metade da encontrada nas escolas públicas.

39 O estudo evidenciou também que o crescimento cognitivo é diferenciado entre os alunos de maior e menor desempenho e que, durante o curso, essas desigualdades tendem a se ampliar, sugerindo que o sistema aparentemente privilegia aqueles alunos que já eram, de alguma forma, privilegiados.

2. ausência de tradição e, conseqüentemente, de estrutura para avaliação de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes;
3. elevada proporção de formandos apresenta deficiências em aspectos básicos do conhecimento aplicado, habilidades e atitudes⁴⁰.

A fraude das transferências sem vestibular

Há pelo menos dois anos, vem sendo crescentemente empregada uma fraude que tem permitido a estudantes obterem matrícula em cursos de Medicina de escolas para as quais não fizeram vestibular.

São duas as formas empregadas por esses alunos e seus pais.

A primeira consiste em matricular-se em escolas no exterior – em especial na Bolívia, Honduras ou México, onde não há vestibular ou onde a concorrência por vagas não é tão acirrada –, ou em faculdades brasileiras onde o exame é menos rigoroso e, posteriormente – geralmente após um ou dois semestres – solicitar transferência *ex-officio* para a escola brasileira que lhe interessa cursar, alegando ocupar cargo público e ter sido transferido para a cidade onde se localiza a escola.

No caso de a escola pretendida ser uma escola privada, a transferência resulta de um acerto entre elas, geralmente bem sucedido, em relação ao qual as autoridades do sistema de ensino pouco ou nada podem intervir.

No caso de a faculdade que a pessoa quer cursar ser uma escola pública, a transferência se dá, em geral, por via de tráfico de influência de autoridades ou políticos, que contratam os interessados como servidores públicos ou assessores parlamentares. Entre as escolas mais afetadas por esse tipo de fraude está a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba.

A segunda forma utiliza o mesmo mecanismo, mas é utilizada por servidores públicos, civis e militares, que buscam ou forçam sua transferência para a localidade onde existe a escola em que desejam ter seu filho estudando para obter a vaga, aberta obrigatoriamente por lei. Três a seis meses depois, o servidor pleiteia seu retorno à cidade de origem, mas seu filho permanece matriculado.

Entre as escolas mais afetadas por esse tipo de fraude estão as da Universidade de Brasília, entre elas a de Medicina.

A figura da transferência *ex-officio* existe para permitir que um servidor transferido ou seus filhos não sejam prejudicados em seus estudos, em razão das necessidades do seu empregador, no caso o Serviço Público. Ela é prevista como forma legal de transferência – desde que ocorram na forma da lei – na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96, art. 49, parágrafo único).

⁴⁰ A avaliação evidenciou que mais da metade dos formandos de Medicina não dominavam os princípios básicos do manejo de pessoas doentes, nem os valorizava. Tão grave quanto isso, o estudo mostrou que os formandos apresentavam dificuldades no processo de incorporação racional da tecnologia disponível, tanto em relação às novas tecnologias como – o que é mais grave – em relação a procedimentos diagnósticos e terapêuticos tradicionais e de baixo custo. Da mesma forma, ficou evidenciado o despreparo dos médicos formandos para a solução de problemas correntes e comuns de saúde.

Esse dispositivo foi regulamentado em dezembro de 1997⁴¹, de tal forma que a transferência *ex officio* poderá se efetivar entre instituições vinculadas a qualquer sistema de ensino, em qualquer época do ano e independentemente da existência de vaga, quando o estudante for servidor público federal, civil ou militar, ou dependente do servidor, desde que seja comprovada a remoção ou transferência do ofício, acarretando mudança de domicílio para o município onde se situe a instituição reecedora ou para localidade próxima desta.

Tal regra não se aplica quando o interessado na transferência se deslocar para assumir cargo efetivo em razão de concurso público, cargo comissionado ou função de confiança – o que limita um pouco a utilização do artifício.

Assim, como a transferência *ex-officio* é prevista em lei, pouco pode ser feito pelas universidades para limitar o uso fraudulento dessa previsão legal.

O Brasil tem buscado equacionar esse problema no âmbito do Mercosul, no entanto como a Bolívia – o principal exportador desses alunos – não faz parte do Acordo, consistindo em um País Associado, apenas – e, portanto, não alcançado pelos termos dos tratados – o problema permanece.

O Conselho Federal de Medicina (6), inclusive, denuncia a existência de agências de aliciamento de estudantes para escolas médicas bolivianas – com o intuito de transferi-los posteriormente –, atuando livremente e promovendo seus serviços e preços na imprensa de cidades das regiões Sul e Sudeste do País, em especial em Curitiba, São Paulo e cidades médias do interior do Estado de São Paulo.

As consequências desses fatos são a situação de injustiça para com os alunos que submetem-se às regras de concorrência – geralmente duras, como costumam ser os concursos vestibulares das escolas de maior prestígio –, o agravamento das condições de ensino pelo acréscimo não planejado de alunos e os maus resultados em termos de aprendizagem que esses alunos geralmente apresentam.

A regulamentação do inciso III do art. 200 da Constituição sobre o ‘ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde’

A Constituição Federal define como uma das competências do Sistema Único de Saúde a de ‘ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde’ (art. 200, III).

Com vistas a esse ditame – e entendendo que esse é uma matéria cujas políticas e ações envolvem áreas não compreendidas no âmbito do SUS – a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) previu (art. 12 a 14) que serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Essas comissões – entre as quais uma de ‘recursos humanos’, envolvendo representante dos ministérios da saúde, da educação e do trabalho – terão a finalidade de articular políticas e pro-

41 Lei nº 9.536, de 11 de dezembro de 1997.

gramas de interesse comum, inclusive aqueles voltados para o ordenamento da formação dos recursos humanos para a saúde.

Como outras diretrizes constitucionais que obrigavam a uma articulação interinstitucional ou intersetorial, também essa foi solapada pela fragmentação e *ultrasetorialização* da burocracia estatal, cujo conflito de interesses se estendeu ao Congresso Nacional: um projeto de lei tratando de regulamentar aquele dispositivo constitucional, proposto pelo Senador Almir Gabriel, arrasta-se em tramitação entre as comissões de Assuntos Sociais e Educação e o Plenário do Senado desde 1992.

Para o Ministério da Educação, o referido ‘ordenamento’ é uma função precípua dos órgãos de educação, cabendo ao sistema de saúde a condição de auxiliar e coadjuvante no processo de formação de recursos humanos.

O Conselho Nacional de Saúde, no entanto, tem outro ponto de vista, entendendo que o fator determinante na formação de profissionais de saúde deve ter caráter epidemiológico e, baseados nesse aspecto, os campos e os processos de atuação das diferentes profissões e dos profissionais de saúde ficam ordenados pelo cliente maior do aparelho formador. Este, por sua vez, atua como fornecedor de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

Para o Ministério da Saúde, é nesse conceito do binômio cliente-consumidor que deve ser entendido o espírito da lei. O cliente é detentor do conhecimento de suas necessidades, neste caso consubstanciado em razões epidemiológicas e de mercado de atuação profissional, que acabam por caracterizar a necessidade social de formação dos profissionais da área.

Do outro lado da Esplanada, o Ministério da Educação alega que essa interpretação viola competências bem definidas a si atribuídas.

Esse debate se trava no Congresso Nacional desde 1992.

Daquele tempo para cá, no entanto, fatos novos recolocam a questão na ordem do dia: por um lado, agravou-se a situação de inadequação da formação de recursos humanos para a saúde, com a criação de novas escolas médicas e de odontologia em regiões com plethora de profissionais no mercado e com a não implantação de outros cursos, como de enfermagem — uma grande carência nacional — ou mesmo de medicina, em regiões carentes daqueles profissionais.

Tal situação é denunciada como “absurda” pelo Conselho Federal de Medicina (3), alertando para os reflexos danosos dessa política sobre a criação de demandas artificiais de instalações e procedimentos, com conseqüente elevação dos custos da assistência médica, além do aviltamento do mercado de trabalho dos médicos.

É idêntica a posição do Conselho Federal de Odontologia, em relação aos reflexos dessa situação para a assistência odontológica e a prática da Odontologia, em nosso País.

Por outro lado, tivemos promulgada a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996), que, em seu artigo 53, inciso I, atribui às universidades, “no exercício de sua autonomia”, o poder de “criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior (...), obedecidas as normas gerais da União”.

Como forma de contrapor-se a essa autonomia assegurada pela LDB e, de alguma forma, manter o controle sobre os cursos superiores, o Ministério da Educação, entre outras ações, expediu o Decreto n.º 2.207, de 15 de abril de 1997, tratando de regulamentar alguns de seus artigos.

Esse decreto dá ao Ministro da Educação a atribuição de estabelecer “os procedimentos e as condições para a autorização e o reconhecimento de cursos de graduação e suas respectivas habilitações, ministrados por instituições integrantes do Sistema Federal de Ensino”, (art. 9º) e dispõe que a criação de cursos superiores de graduação, fora de sua sede, por universidades integrantes do Sistema Federal de Ensino, depende de autorização do Ministro da Educação, ouvido o Conselho Nacional de Educação (art. 5º, § 5º).

Dispõe, ainda, que — “em qualquer caso” — a criação e implantação de cursos de graduação em Medicina, em Odontologia e em Psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverão ser submetidas à prévia avaliação do Conselho Nacional de Saúde (art. 10). No caso de manifestação desfavorável desse Conselho, os processos deverão ser encaminhados ao Conselho Nacional de Educação, ouvida a Secretaria de Educação Superior, “que emitirá parecer conclusivo” (art. 10, § 3º), dependendo desse, no entanto, de homologação pelo Ministro da Educação “para que surta seus efeitos legais” (art. 10, § 5º).

À criação e ao reconhecimento de cursos jurídicos foi dada solução similar, dependendo de “prévia manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil” (art. 11).

Os dispositivos em análise, do Decreto n.º 2.207/97, constituem-se, assim, em parte das “normas gerais da União”, a que se refere a LDB, com competência para regulamentar o poder de criação de cursos pelas universidades.

Sugestões para atuação do Senado em relação a esses problemas

Em relação às deficiências do ensino médico

Em vista da gravidade das evidências do Relatório da Cinaem e a ausência de informações oficiais sobre os resultados do trabalho da Comissão Interministerial de 1997, cabe a iniciativa – prevista na Constituição Federativa (4) – de *convocação dos Ministros ou do Secretário de Ensino Superior do Ministério da Educação – coordenador designado da referida comissão interministerial – para prestarem informações sobre o assunto, frente à Comissão de Educação ou à Comissão de Saúde.*

Outra alternativa constitucional e regimental consiste na apresentação de *requerimento de informação ao Ministro da Educação sobre providências tomadas em vistas dos relatórios da Cinaem e Portaria Interministerial n.º 880/97.*

Em relação às transferências fraudulentas

Essas transferências se baseiam em previsões legais justas e antigas no Direito Administrativo Brasileiro. Revogá-las deixaria uma lacuna séria.

Frente à gravidade do problema, é provável que as autoridades do setor estejam estudando ou tomando providências a respeito. De qualquer forma cabe, nesse caso, a *apresentação de requerimento de informação ao Ministro da Educação*, conforme previsto no art. 50, § 2º da Constituição Federal, e nos termos do art. 216, inciso I, do Regimento Interno.

Em relação à fixação de normas permanentes para a formação de recursos humanos na área de saúde

Sem sombra de dúvida, trata-se aqui de uma questão de caráter nitidamente interinstitucional, cabendo implementar as formas de tornar seu equacionamento viável e eficiente.

O planejamento estratégico e tático da formação e atualização dos recursos humanos na área de saúde, elaborado de modo interinstitucional, vai permitir a integração efetiva de esforços para a formação de trabalhadores mais adequados. Além disso, vai corrigir ou minimizar os problemas – tão frequentes hoje em dia – de produção de pessoal em quantidade diferente da necessária ao mercado, em determinadas regiões; de desvio de função, em razão de carência ou deficiência da formação em determinadas áreas, e de formação de trabalhadores com perfis inadequados à realidade epidemiológica e às necessidades dos serviços.

A forma definida em lei para obter essa desejada integração entre os sistemas de saúde, educação e trabalho – as comissões interinstitucionais permanentes, compostas junto aos conselhos de saúde –, por reunirem representações das diferentes instituições interessadas no assunto, deverão constituir-se em locais adequados para isso.

Faz-se urgente, portanto, dar balizamento legal ao desafio de se obter integração interinstitucional na formulação de políticas sociais, a começar por dois setores que, se espera, atuem de forma cooperativa e harmônica. Para tanto, a solução seria a *regulamentação do inciso III do art. 200 da Constituição Federal, dando andamento ao projeto de lei do senado sobre essa matéria*⁴² que corre o risco de ser arquivado por razões regimentais⁴³.

42 Projeto de Lei do Senado nº 137, de 1992, de autoria do Senador Almir Gabriel, que já obteve pareceres favoráveis das Comissões de Assuntos Sociais e de Educação do Senado.

43 Regimento Interno, art. 333. Ver também, a respeito dessa regra, o art. 332.

Referências

1. Gonçalves, EL & Sampaio, H. O Ensino Médico e a Saúde no Brasil. *In*: Universidade de São Paulo/núcleo de pesquisas sobre ensino superior O Ensino Médico e a Saúde no Brasil. São Paulo (Série Capa Azul - Seminários nº CA1/94), 1994. 32p.; um trabalho conjunto de avaliação (Entrevista como Ministro da Educação Paulo Renato de Souza) *Medicina* (Jornal do Conselho Federal de Medicina), a. 10, n. 85, p. 22-3, set. 1997.
2. Ministério da Educação e do Desporto/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 880, de 30 de julho de 1997.
3. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil. Relatório Geral, 1991-1997. Brasília, 1997.
4. Absurdo brasileiro. *Medicina* (Jornal do Conselho Federal de Medicina), a. 10, n. 80, p. 1, (Editorial) abr. 1997.
5. Brasil. Constituição Federal de 1988, art. 50, caput e §§ 1º e 2º. Brasília: Senado Federal, 1997
6. Nova fraude contra o vestibular. *Medicina* (Jornal do Conselho Federal de Medicina), a. 10, n. 86, p. 20-1, out. 1997.

CAPÍTULO 3 – MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3.1 - Assistência farmacêutica no Brasil (1930-2003)

A CPI dos Medicamentos da Câmara dos Deputados, que terminou seus trabalhos em maio de 2001, faz um diagnóstico assombroso: ao mesmo tempo em que somos um dos maiores mercados mundiais de medicamentos, milhões de brasileiros não têm acesso a eles e, para complicar a situação, nossas taxas de intoxicação por medicamentos são das mais elevadas do mundo.

A assistência farmacêutica, com frequência, é entendida como se não fizesse parte da assistência à saúde: a Lei nº 4.320, de 1964, que estatui normas de Direito Financeiro e controle orçamentário, não inclui a assistência farmacêutica entre os programas de saúde; a Lei nº 5.991, de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, caracteriza a atividade como comércio; no âmbito da administração pública federal, ela foi entendida, até 1988, como um benefício de Previdência Social e, mais recentemente, a Lei nº 9.656, de 1998, que regulamenta os planos de saúde, excluiu a assistência farmacêutica das coberturas obrigatórias até do plano de referência, que constitui a modalidade de cobertura completa.

Ao contrário da lei, no entanto, a jurisprudência tem abundantemente dado ganho de causa às pessoas que ingressam na Justiça para verem reconhecido seu direito de acesso a uma assistência farmacêutica de que dependem para manter sua saúde – e frequentemente sua vida – por entender que o acesso ao medicamento é parte do direito universal à saúde previsto na Constituição.

O mercado de medicamentos no Brasil

O setor produtor de medicamentos no Brasil é composto por 217 laboratórios, majoritariamente estrangeiros, que vendem mais de dez mil apresentações.

A indústria de medicamentos mobiliza, anualmente, cerca de cinco bilhões de dólares. Mais de seis mil marcas de medicamentos são comercializadas no Brasil, mas apenas trezentas delas têm o domínio de 85% do mercado.

Mais de 54 mil pontos de venda de medicamentos movimentam cerca de 850 milhões de reais por ano. São comercializadas, no País, em torno de 1,5 bilhões de unidades de medicamento por ano.

Esses números nos classificam como o nono mercado de medicamentos do mundo. Apesar disso, a CPI dos Medicamentos, no relatório apresentado em maio de 2000, estimou que 70 milhões de brasileiros não dispõem de meios para fazer uso dos medicamentos essenciais à sua saúde.

O mercado nacional de produtos farmacêuticos sofreu uma transformação importante nos últimos anos, tornando-se mais concentrado e mais competitivo. Isso se deve, por um lado, a uma onda de fusões e aquisições que ocorreram no setor e trouxeram, para o Brasil, empresas gigantescas, com vultosos recursos e poder econômico. Por outro, decorre da implementação de

políticas públicas para o setor – controle de preços; concorrência dos genéricos; implementação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, destacando-se o papel atuante da Anvisa. Além disso, o País passou por duas crises cambiais, cujo impacto não foi desprezível para um setor grandemente dependente da importação de insumos.

O resultado desse contexto foi, segundo dados da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma), uma queda no volume de vendas da ordem de 3,3 bilhões de dólares, entre 1997 e 2002. Naquele ano, o setor faturou 8,7 bilhões de dólares; em 2002, 5,2 bilhões.

O Brasil caracteriza-se, do ponto de vista de sua capacidade técnica, operacional e comercial na área farmacêutica, como um país com capacidade de reprodução tecnológica.

Isso quer dizer que não temos capacidade inovadora nessa área e, menos ainda, possuímos uma indústria farmacêutica sofisticada, baseada em pesquisa inovadora, como, por exemplo, os Estados Unidos, a Suíça e o Japão.

Por outro lado, estamos em condições bem melhores do que outros países companheiros de subdesenvolvimento que, no máximo, conseguem produzir produtos acabados, ou nem isso.

No início da década de 30, os medicamentos consumidos pelos brasileiros provinham, quase que integralmente, de um grande número de pequenos e médios laboratórios nacionais, e só uns poucos, de laboratórios estrangeiros aqui sediados e de importações.

Nessa década, nos Estados Unidos e na Europa, iniciaram-se maciços investimentos na pesquisa e no desenvolvimento de novas substâncias. Esses laboratórios, pelo poder econômico que desenvolveram com o monopólio dessas novas drogas, acabaram dominando o mercado mundial.

Ao final da década de 30, já existiam 44 laboratórios estrangeiros no Brasil, e começou a entrada de medicamentos estrangeiros no mercado nacional, ao mesmo tempo em que os laboratórios nacionais continuavam sem desenvolvimento tecnológico, só importando matérias-primas e reproduzindo tecnologia.

Esse processo foi estancado pela 2ª Grande Guerra, que, interrompendo o fluxo de importações, obrigou à modernização da indústria farmacêutica nacional, e gerou uma “idade de ouro da indústria farmacêutica nacional”.

Isso, no entanto, não durou muito: já nos anos 50 inicia-se uma tendência irreversível de deslocamento dos empresários nacionais dos setores mais sofisticados tecnologicamente, na produção de medicamentos. Esse espaço passou a ser ocupado por companhias estrangeiras que, maciçamente, passam a se estabelecer no País.

A partir da década de 60, importantes e tradicionais laboratórios brasileiros foram, paulatinamente, passados para o controle de grupos estrangeiros e perdendo participação no mercado, de tal forma que, à época de criação da Central de Medicamento (Ceme), ainda que uma minoria dos cerca de 450 laboratórios em atividade no Brasil pertencesse a multinacionais, eles concentravam 85% da produção e da venda de medicamentos.

Esse processo provocou a desnacionalização da indústria farmacêutica no que diz respeito à produção dos “produtos modernos”, deixando para ela a fatia de mercado correspondente aos

produtos tradicionais e populares, cuja tecnologia de produção é pouco sofisticada e sobre os quais não existem patentes.

A criação da Ceme apenas reverteu, parcial e temporariamente, esse processo.

Na medida em que o mercado mundial está concentrado na mão de grandes conglomerados industriais-farmacêuticos, com imenso poder econômico e político, as tentativas de desenvolvimento e preservação das indústrias farmacêuticas nacionais dos países periféricos têm sido sistematicamente impedidas, independentemente de terem ou não capacidade de inovação.

A Ceme, criada no Governo Médici, encarnava a possibilidade de regulação estatal desse mercado o que, no entanto, acabou sendo impedido, com a adoção da política de orientação neoliberal, na última década.

A criação da Ceme

Criação e arcabouço legal

A Central de Medicamentos (Ceme) foi criada¹ como um órgão da Presidência da República destinado a “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não puderem adquiri-los”.

Entre suas competências e objetivos estavam: funcionar como órgão regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios oficiais, subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde, e manter os programas de fabricação e distribuição de produtos dos laboratórios oficiais e de compra de produtos à iniciativa privada, para estabelecer um programa com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar, em todo o território nacional, a assistência farmacêutica, “em condições adequadas à capacidade aquisitiva dos beneficiários”.

Sua direção se fazia, originalmente, por uma comissão composta por um representante de cada ministério envolvido, e sua atuação seria financiada em parte com recursos do programa de assistência farmacêutica do Instituto Nacional de Previdência Social e em parte por um “orçamento especial”, aprovado pelo Presidente da República.

Os objetivos, competências, estrutura e financiamento do órgão, no entanto, foram sendo alterados ao longo do tempo, num processo iniciado apenas quatro meses após sua criação.

Em novembro de 1971, um novo decreto² ampliou suas competências, instituiu uma direção – composta de um presidente, uma comissão diretora e um conselho consultivo – e reestruturou seu esquema de financiamento. A alteração de competências – que passa a incluir a supervisão da aquisição e do suprimento de medicamentos para todos os órgãos federais, a possibilidade de firmar convênios com entidades públicas federais, estaduais e municipais e o incentivo a atividades de pesquisa – demonstra uma intenção de conferir à Ceme um poder de intervenção mais efetivo no sistema de saúde e, ao mesmo tempo, influir no sistema produtor nacional de medicamentos.

1 Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971.

2 Decreto nº 69.451, de 1º de novembro de 1971.

Em outubro de 1972, outro decreto³ consolida e amplia as tendências manifestas nos anteriores, em aspectos relativos às competências da Central, que passa a ter permissão para cobrar pelos medicamentos e autorização para definir a linha de produtos a serem adquiridos e os níveis de preço. Suas competências incluem, ainda, o incentivo à pesquisa; a instalação de fábricas de matérias primas; o início das transações com a indústria farmacêutica privada e a possibilidade de, por meio de financiamentos ou convênios, aportar recursos para os laboratórios oficiais ligados à Ceme iniciarem a produção de medicamentos.

Esse decreto deixa patente a intenção do governo de, por meio da atuação da Ceme, fortalecer uma política de substituição de importações e, assim, poder intervir na oferta e no preço dos medicamentos.

O processo de estruturação foi completado por dois outros decretos baixados no ano seguinte⁴. O primeiro trata do licenciamento, rotulagem e bula dos “medicamentos Ceme” – alcançando, inclusive os produzidos para a Ceme pela indústria farmacêutica privada. O segundo concede autonomia financeira à Central, pela criação de um fundo especial de natureza contábil que passa a receber todos os créditos destinados aquele órgão.

Um Plano Diretor de Medicamentos foi instituído⁵ em 1973, coerente com a sistemática de planejamento governamental implementada no I Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, e, entre seus principais objetivos, está a integração da assistência farmacêutica no País, a ser feita pela identificação do conjunto de necessidades prioritárias da população nessa área e pela implementação de formas específicas de produção, aquisição e distribuição.

Entre seus componentes e objetivos, destacam-se a adoção de medidas de apoio à indústria químico-farmacêutica genuinamente brasileira e o fomento à pesquisa científica e tecnológica.

Outro elemento importante que emerge do Plano Diretor é a elaboração e adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Em 1º de maio de 1974, a Ceme passou a ser vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, principal financiador das ações de saúde desenvolvidas no País. Essa transferência deu início a um processo de retração da atuação do órgão, ainda que não tenha modificado substancialmente seus programas. Nesse ano, novas unidades produtoras foram incluídas na rede e o número de municípios beneficiários aumentou.

Em abril de 1975, as atividades de coordenação e promoção do desenvolvimento tecnológico industrial do setor químico-farmacêutico foram transferidas da Ceme para o Ministério da Indústria e do Comércio (MIC), junto com os recursos correspondentes⁶. Para evitar descontinuidade na implementação dessas atividades – uma vez que o MIC não dispunha de condições materiais para assumir as responsabilidades que lhe foram conferidas – a Ceme continuou atuando na área, por meio de um convênio com aquele ministério.

3 Decreto nº 71.205, de 4 de outubro de 1972.

4 Decretos nºs 72.343, de 8 de junho de 1973, e 73.077, de 1º de novembro de 1973.

5 Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973.

6 Decreto nº 75.561, de 4 de abril de 1975.

Em julho desse mesmo ano, a estrutura e competências da Ceme foram alteradas⁷. São redefinidas as composições dos conselhos diretor e consultivo. Em relação às competências são reforçadas as de organizar e coordenar a produção de medicamentos dos laboratórios oficiais; estimular a produção de medicamentos, a baixo custo, pela indústria farmacêutica privada; promover e aprimorar o controle de qualidade; promover o suprimento de vacinas e medicamentos destinados à assistência e o controle das doenças de maior significação sócio-sanitária; organizar e atualizar a RENAME e promover o aprimoramento técnico e a pesquisa – inclusive, com destaque – a farmacoclínica.

Em 1985, a Ceme foi transferida para o Ministério da Saúde⁸.

Em março de 1990, uma medida provisória⁹, posteriormente convertida em lei, autoriza o Poder Executivo a transformar a Ceme em empresa pública. A autonomia tão sonhada por seus técnicos, no entanto, viu-se limitada pelos cortes significativos de dotações orçamentárias, ocorridos nos anos seguintes.

Esse foi, também, um período caracterizado por péssimas gestões. Uma sindicância, realizada anos depois, apontou as diretorias de 1987 a 1992 como responsáveis por prejuízos da ordem de 4 bilhões de dólares aos cofres públicos. Entre 1990 e 1992, os laboratórios oficiais estiveram praticamente parados por falta de incentivos financeiros e recursos humanos, disso resultando que, naquele último ano, os 15 laboratórios estatais que produziam para a Ceme registraram ociosidade da ordem de 70%.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, recomendou a “reformulação da Ceme”.

Durante o Governo Collor, a camarilha de PC Farias fez da Ceme uma de suas bases de operação. Em 1993, a Ceme cobria apenas 20% da demanda, e a destruição de medicamentos vencidos e não distribuídos, no valor de quatro bilhões de dólares, virou um escândalo. Esses fatos contribuíram para consolidar uma reputação de incompetência e de corrupção para o órgão.

A extinção da Ceme começa então a ser proposta, com o objetivo de “combater a corrupção e a ineficiência”.

Durante o ano de 1993, são denunciadas a compra de medicamentos superfaturados e de matéria-prima desnecessária e o desvio de medicamentos. O Presidente do Sindicato da Indústria Farmacêutica propõe que o Governo passe a comprar diretamente da indústria farmacêutica privada e não à Ceme, para obter medicamentos mais baratos. Os funcionários da Central manifestam-se na Esplanada dos Ministérios exigindo a apuração das denúncias de corrupção, mas o Presidente Itamar Franco conclui que a Ceme “não tem mais conserto”.

As compras dos laboratórios estatais e da indústria privada deixam de ser feitas pela Ceme em fevereiro de 1994. A descentralização é justificada como forma de permitir a livre concorrência no mercado e a redução do preço dos medicamentos.

O processo de extinção da Ceme, no entanto, arrastou-se por mais três anos.

7 Decreto nº 75.985, de 17 de julho de 1975.

8 Decreto nº 91.439, de 16 de julho de 1985.

9 Medida Provisória nº 151, de 15 de março de 1990, convertida na Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990.

Só em 1997 a nova administração do Ministério da Saúde resolve, enfim, extinguir a Ceme e implementar, definitivamente, uma política de descentralização, atribuindo ao Ministério da Saúde funções de definir políticas e incentivar a pesquisa, sob a responsabilidade de uma subsecretaria. A aquisição e distribuição de medicamentos passam a ser responsabilidades dos gestores estaduais e municipais do SUS. Os recursos federais para assistência farmacêutica passam, a partir de 1998, a serem transferidos para estados e municípios. A nova política tem o apoio dos secretários estaduais de saúde.

Em junho de 1997¹⁰, a Ceme é desativada e suas competências, planos, programas e projetos foram transferidos para outros órgãos do Ministério da Saúde e os saldos das dotações orçamentárias para o Fundo Nacional de Saúde.

A estratégia de aquisição da indústria privada como mecanismo de redução de custo, no entanto, acabou por se mostrar equivocada. Uma auditoria realizada pelo Ministério da Fazenda, no primeiro semestre de 1997, demonstrou que a aquisição de medicamentos de laboratórios privados se fazia a preços “muito maiores” do que os que poderia obter dos laboratórios públicos, e que a Ceme não atingia seu objetivo de assegurar o acesso ao medicamento por parte da população de baixa renda.

A extinção da Ceme insere-se no contexto de uma política de redução do papel do Estado.

Entre suas consequências está, em primeiro lugar, a aceleração do processo de fragilização dos laboratórios oficiais, que passaram a não contar mais com investimentos, do que resultou, quando se desejou retomar seu papel, a partir de 2000, encontrar-se a rede composta de laboratórios descapitalizados, endividados, inadimplentes, com problemas de estrutura e de gestão, e com recursos humanos insuficientes, mal remunerados e desmotivados.

Farmanguinhos – o principal laboratório oficial – teve sua produção reduzida drasticamente a partir de 1997, só retomando o nível de 1996 em 2000.

Seu potencial de atuar como um instrumento regulador de preços no mercado nacional foi praticamente reduzido a zero.

Atuação

A atuação da Ceme consistiu, basicamente, em aproveitar e estimular a capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais; promover sua modernização técnica, operacional e gerencial; favorecer a instalação e fábricas de matérias-primas farmacêuticas no País e promover a pesquisa e desenvolver a tecnologia nacional, aplicada à área de medicamentos.

Para promover a produção nacional de matérias-primas, motivou e apoiou, técnica e financeiramente, o empresariado nacional por meio do Conselho de Desenvolvimento Industrial e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico. Seu papel, pelo menos nos primeiros anos de sua existência, consistiu em identificar e motivar grupos empresariais a integrarem-se ao progra-

¹⁰ Medida Provisória nº 1.631, de 5 de junho de 1997, convertida na Lei nº 9.618, de 2 de abril de 1998.

ma governamental de produção de matérias primas farmacêuticas prioritárias, ao mesmo tempo em que examinava e emitia pareceres técnicos sobre projetos industriais e empreendimentos candidatos a financiamento governamental e incentivos fiscais.

Um “programa de produção” coordenava as atividades de fabricação dos laboratórios governamentais e de aquisição complementar junto às indústrias privadas e no exterior. O número de unidades de que se compunha a rede produtora de laboratórios oficiais alcançou 22, quatro anos após a criação da Central e chegou a 27, no período de maior atividade, para, nos anos próximos a sua extinção, reduzirem-se a 15.

Um “programa de distribuição” respondia pela organização e modernização de uma rede de distribuição e pelo abastecimento da rede prestadora de serviços, coordenando, apoiando e supervisionando a atuação das secretarias de saúde dos estados.

Por fim, um “programa de controle de qualidade” implantou um sistema externo de controle de qualidade e de farmacovigilância, integrado por instituições especializadas, alheias ao sistema de produção.

Menos de um ano após sua criação, em abril de 1972, a Ceme iniciava a distribuição de medicamentos na Região Nordeste, a primeira a ser atendida. O número de municípios e serviços e a população coberta cresceram para alcançar mais de 80% dos municípios, em todas as regiões, já em 1976.

Com relação ao desenvolvimento científico e tecnológico, a Ceme orientou sua atuação para o aproveitamento de produtos naturais brasileiros e dos fármacos que deles se originam.

A disponibilidade de medicamentos nos serviços públicos foi responsável por um dos resultados mais interessantes da atuação da Ceme: o aumento da demanda e da pressão pelo crescimento quantitativo da oferta de serviços médico-sanitários.

Nesse sentido, a atuação da Ceme não apenas expandiu o mercado de medicamentos no País como teve função redistributiva, sendo os serviços de assistência médica da Previdência Social e seus beneficiários os que mais se beneficiaram da atuação da Ceme.

Sua atuação não apenas estimulou a ampliação da oferta de serviços de saúde. Ela influenciou decisivamente o aperfeiçoamento das estruturas administrativas do setor de saúde.

Funcionou como mecanismo regulador de preços de mercado. Mal tinha iniciado sua atuação, a Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma) propôs, já em janeiro de 1972, associar-se ao governo, ampliando sua participação de fornecedor de matérias primas para a de medicamentos e oferecendo uma redução da ordem de 45%, em relação ao preço de farmácia, para a venda de medicamentos para a Ceme.

É interessante notar que a participação da indústria farmacêutica como fornecedor da Ceme iniciou-se em 1973 e cresceu consideravelmente nos anos seguintes. Em 1976, 21% dos gastos com medicamentos distribuídos já eram relativos a compras à indústria privada nacional e 3% do exterior. Em 1977, a participação da indústria privada alcançou 45%, evidenciando uma tendência que se aceleraria nos anos seguintes. Nos últimos anos de sua existência, a Ceme, tinha se transformado numa grande compradora e repassadora, da indústria para os serviços.

A Ceme teve, assim, um papel preponderante no fortalecimento da indústria farmacêutica privada nacional, promovendo a nacionalização espontânea de um dos setores mais decisivos: a produção de matérias-primas.

Isto foi obtido pelo estímulo e apoio, técnico e financeiro, aos laboratórios oficiais e à indústria nacional, e acompanhou-se de um movimento de instalação, no Brasil, de laboratórios produtores por parte de empresas multinacionais, em busca de suprir a demanda da indústria farmacêutica do País, que decorria da ampliação do programa estatal de assistência farmacêutica e do consumo interno de medicamentos.

Um dos resultados mais positivos e duradouros da Ceme consistiu na elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). A Rename não foi extinta com a Ceme e continua desempenhando seu papel.

Instituída em 1964¹¹, denominada “relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais de Uso Humano e Veterinário” – bem antes da criação da Ceme, portanto, – a definição de uma relação de medicamentos buscava ser um instrumento normativo para o planejamento e execução de programas de assistência farmacêutica das instituições oficiais e, ao mesmo tempo, foi uma tentativa de disciplinar o volume de medicamentos objeto de transações comerciais no nosso mercado.

O caráter racionalizador da adoção de uma linha padronizada de medicamentos, esperava-se, teria reflexos positivos para a redução de custos e o aprimoramento da assistência farmacêutica no âmbito do sistema público de saúde. Esses objetivos foram, no entanto, ultrapassados, influenciando o sistema varejista privado, as classes profissionais e o público em geral, na medida em que os três níveis de governo eram compradores de quase 50% da produção da indústria farmacêutica nacional.

A primeira edição da Rename incluía 302 tipos de medicamentos e foi objeto de ferrenha oposição, orquestrada e apoiada pelos laboratórios.

A Ceme estabeleceu controles sobre a produção, a comercialização, o controle de qualidade e, até, a apresentação dos medicamentos utilizados em seus programas. Adquiriu e concentrou um conhecimento sobre a produção de medicamentos e matérias-primas que estava disperso e fora do Governo, incluindo: parque industrial nacional, características e potencialidades regionais, máquinas, processos produtivos, administração da produção, potencial do mercado nacional e internacional, potencialidades e limitações.

Transformou-se, assim, numa central de experiências e informações que a tornaram estratégica e vital para o setor. E tudo isso foi novamente dispersado com sua extinção.

11 Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964.

A evolução das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica após a extinção da Ceme

O Programa de Farmácia Básica de 1997

Após a extinção da Ceme, o Ministério da Saúde criou, em 1997, o Programa de Farmácia Básica, que se caracterizava pela aquisição centralizada e distribuição a estados e municípios do denominado *kit* de Farmácia Básica, composto por cerca de 40 medicamentos.

O programa tinha um custo de R\$ 0,45/habitante/ano e operou por dois anos.

Não foram encontrados documentos ou estudos de avaliação dessa política, a não ser registros, na imprensa, de uma séria crise de desabastecimento da rede pública nesse período.

A Política Nacional de Medicamentos de 1998

Em 1998, o programa foi reformulado, com alteração de enfoque e de cobertura: passou a executar-se em um número maior de municípios – antes alcançava apenas municípios com até 20.000 habitantes – e sob uma diretriz de descentralização.

É também desse ano a elaboração e entrada em vigor da Política Nacional de Medicamentos¹², instituída como “instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde no campo da política de medicamentos do setor público”.

A assistência farmacêutica, no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, foi estruturada em quatro segmentos: a Assistência Farmacêutica Básica; os Medicamentos Especiais; os Medicamentos Excepcionais; e os Medicamentos de Saúde Mental.

A Assistência Farmacêutica Básica estava voltada para o tratamento das afecções mais simples e foi implementada por meio do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que consistia na transferência de recursos federais a estados e municípios que aderissem a ele e se habilitassem junto ao Ministério, aportando contrapartidas financeiras e infraestrutura material e de recursos humanos, para a compra descentralizada de medicamentos específicos, relacionados na Rename.

O Incentivo para a Assistência Farmacêutica Básica começou a ser pago em abril de 1999 e consistia no valor de R\$ 1,00/habitante/ano, transferido em doze parcelas mensais. Exigia a contrapartida do estado e dos municípios em valor, no mínimo, igual ao repassado pelo nível federal.

Em dezembro de 1999, 98,5% dos municípios estavam habilitados e executando o Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Os medicamentos estratégicos (aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como tuberculose, aids, malária, diabetes etc.) mantiveram sua aquisição centralizada no Ministério da Saúde e eram repassados aos estados e municípios, conforme suas necessidades.

12 Portaria GM nº 3.916, de 1998.

Os medicamentos excepcionais (aqueles de alto custo, utilizados para o tratamento de doenças neurológicas, autoimunes, hepatites e outras, além dos usados nos transplantados, que deles necessitam por longos períodos) e os medicamentos de saúde mental tinham uma linha específica de financiamento, por meio do repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os estados e municípios, que utilizavam esses recursos para adquirirem e distribuírem esses medicamentos de acordo com as necessidades da população. Também no caso desses dois tipos de medicamentos, era exigida contrapartida financeira dos estados e municípios beneficiados.

Em termos financeiros, o Ministério da Saúde investiu em assistência farmacêutica, entre 1996 e 1999, 2,3 bilhões de reais. Analisando o desempenho, nota-se um crescimento dos gastos com assistência farmacêutica que passou de 230,7 milhões de reais, em 1996, para 925 milhões de reais, em 1999 – um crescimento de quatro vezes.

Na composição dos gastos, evidencia-se que o gasto com medicamentos estratégicos correspondeu a 66% do total em 1999, enquanto o gasto com assistência farmacêutica básica correspondeu a 13,4%. Só em medicamentos para a aids, o Ministério gastou, em 1999, 486,6 milhões de dólares, ou seja, o correspondente a 52,6% do total de gastos com assistência farmacêutica e a quatro vezes o que dispendeu com assistência farmacêutica básica.

Nos anos de 2000 a 2002, o Ministério da Saúde ampliou sistematicamente o volume anual de gastos com assistência farmacêutica, mantendo essa mesma estrutura de despesas, alcançando três bilhões de reais em 2002. Da mesma forma que nos anos anteriores, quase 50% desse total corresponderam à aquisição de medicamentos para aids.

Esta política continha, ainda, a promoção do registro e do uso de medicamentos genéricos.

A política de incentivo aos medicamentos genéricos

A Lei de Patentes permite que cerca de 80% dos medicamentos disponíveis no mercado brasileiro tenham versões genéricas.

O incentivo aos genéricos, no âmbito da Política de Medicamentos dos últimos anos do Governo FHC, propunha-se como estratégia para, ao mesmo tempo, aumentar o acesso e o uso racional dos medicamentos e funcionar como mecanismo de regulação de preços.

Em verdade, o movimento no sentido da implementação de uma tal política favorecedora da entrada dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro tem sua origem em épocas anteriores.

O reconhecimento de que a adoção das denominações genéricas, não apenas no âmbito do SUS, mas em todo o universo da assistência e do comércio farmacêutico nacionais, constitui um mecanismo privilegiado de regulação de preços dos medicamentos levou a sua adoção como política, em 1993 – transcendendo o setor saúde e contando com o apoio da área econômica do governo.

Em 5 de abril daquele ano¹³, foram alterados dispositivos das Leis nº 5.991/73 e nº 6.360/76 e seus regulamentos, tornando obrigatória a utilização da “denominação genérica do medicamento” – conhecida oficialmente, em nosso meio, como “Denominação Comum Brasileira” ou DCB – nas receitas; nos editais, propostas licitatórias, contratos e notas fiscais utilizados nas compras e licitações de medicamentos realizadas pela Administração Pública; e nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos ou qualquer outro tipo de material de divulgação e informação médica, referentes a medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.

A implementação dessa medida não se fez, no entanto, sem resistências, e a efetivação da política de estímulo ao medicamento genérico só veio a acontecer em 1999, com a entrada em vigor da Lei dos Genéricos¹⁴, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos.

A Lei dos Genéricos instituiu um conjunto de mecanismos de incentivo ao registro, ao uso e à comercialização desses medicamentos, que incluem:

- a obrigatoriedade de ser adotada a DCB nas aquisições de medicamentos feitas no âmbito do SUS, qualquer que seja a modalidade de compra, o que favorece os genéricos – sempre de menor preço que os medicamentos de referência e similares;
- a obrigatoriedade de dar preferência a medicamentos genéricos sobre os demais em condições de igualdade de preço, nas aquisições de medicamentos feitas no âmbito do SUS;
- a obrigatoriedade de ser adotada a DCB nas prescrições médicas e odontológicas feitas no âmbito do SUS – liberando o consumidor para se for comprar esses medicamentos em uma farmácia pública, escolher entre as opções (referência, similar ou genérico) a que melhor lhe convier e permitindo que o fator preço favoreça a escolha do genérico, mais barato sempre;
- a autorização para que o Poder Executivo promova medidas especiais, relacionadas com o registro, a fabricação, o regime econômico-fiscal, a distribuição e a dispensação de medicamentos genéricos, com vistas a estimular sua adoção e uso no País.

A Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3.916, de 1998, como se viu, já contemplava, como uma de suas prioridades, a promoção do uso de medicamentos genéricos, que deveria ser alcançado por meio do:

- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;
- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;
- levantamento e utilização da infraestrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência, disponível na rede de laboratórios;

13 do Decreto nº 793, de 1993 – “o Decreto dos Genéricos”.

14 Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos; estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o território nacional.

Os primeiros registros de medicamentos genéricos ocorreram em fevereiro de 2000 e a efetiva comercialização foi iniciada em junho daquele ano.

Em apoio à efetividade dessa política, várias estratégias complementares foram implementadas pelo governo, entre as quais a facilitação e agilização dos procedimentos, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para o registro de medicamentos genéricos prioritários; o apoio técnico e financeiro à indústria nacional interessada em produzir genéricos, por meio da criação, junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), de linha de financiamento específica para indústrias e laboratórios; e de ações de comunicação social, de informação e de educação dirigidas a prescritores, farmacêuticos e – principalmente – para a população, e, por fim, em uma série de ações na área da vigilância sanitária.

A política de apoio financeiro à indústria nacional resultou no investimento, nos últimos três anos, de cerca de 500 milhões de reais no setor e na geração de cerca de 3.900 novos empregos.

A divulgação dos medicamentos genéricos junto a médicos e outros profissionais de saúde e a veiculação de campanhas de comunicação social dirigidas à população, divulgando esses medicamentos, tiveram a atenção dedicada do governo durante os primeiros anos de implementação da política, disso resultando que, enquanto o mercado farmacêutico como um todo apresentava queda nas vendas da ordem de 11% ao ano, o mercado de genéricos cresceu 12% ao mês e passou de dois para cinco milhões de unidades vendidas, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2002.

Esse crescimento, no entanto, não se manteve indefinidamente. O pico de venda de medicamentos genéricos foi alcançado em julho de 2002, com 7,2 milhões de unidades vendidas. De lá para cá, as vendas de genéricos vêm caindo, sendo, hoje responsáveis por 7% do total de medicamentos comercializados.

É bem verdade que as vendas do setor farmacêutico estão apresentando, desde há muito mais tempo, queda generalizada – da ordem de 14% no último ano –, refletindo a retração do poder de compra em geral da população.

Os defensores dos genéricos, no entanto, identificam outros fatores contribuintes, entre eles o fato de o Governo ter deixado de fazer campanhas para promover os genéricos e a veiculação de críticas à “falta de efeito” e à ocorrência de reações adversas graves veiculadas pela imprensa, e qualificadas pelos defensores da política – os fabricantes nacionais – como fatos pontuais e “tratamento equivocado” por parte da imprensa.

Ainda que tenha realmente promovido uma diminuição significativa do preço de vários medicamentos – avaliada em, pelo menos, 40% – a política de medicamentos genéricos parece estar alcançando o limite da sua eficácia em relação ao objetivo de ampliar o acesso ao medicamento. Esse limite é dado pela deterioração do poder aquisitivo do povo. Pesquisa divulgada pela Associação Pró-Genéricos, que reúne os fabricantes nacionais desses produtos, revela que cerca de

50% das receitas não são aviadadas porque os seus destinatários – clientes do SUS ou de planos de saúde – não dispõem do dinheiro necessário.

Atualmente mais de 700 medicamentos genéricos têm registro na Anvisa, produzidos por 37 empresas.

A experiência nacional de regulação de preços de medicamentos

Características estruturais do mercado de medicamentos tornam-no – na linguagem dos economistas – imperfeito do ponto de vista concorrencial e favorecem a monopolização. Entre outras, essas características mais importantes são a elevada concentração dos produtores, o fato de o consumidor estar tecnicamente impossibilitado de decidir o que consumir e a existência de patentes.

A experiência internacional tem demonstrado que a indústria farmacêutica, livre da interferência governamental, é imune à competição por preços. O consumidor final fica à margem da escolha do medicamento, a quase totalidade dos médicos desconhece o preço daquilo que receita e ao comerciante – mesmo quanto este é um farmacêutico – interessa vender o produto mais caro, pois a ele cabe um percentual das vendas.

As políticas de intervenção do Estado nesse mercado têm adotado duas estratégias básicas: a atuação direta sobre o preço e intervenções extra preço. Especialmente nos países da Europa, uma associação das duas – intervenção extra preço e tabelamento – tem sido empregada.

As principais estratégias de intervenção extra preço são a utilização do poder de barganha que decorre do grande volume de compras institucionais – do governo, nos países europeus e no Brasil; dos planos de saúde, nos Estados Unidos –; a implementação de políticas de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos; a existência de programas voltados para tornar o setor mais competitivo, e a promulgação e aplicação de uma legislação antitruste.

Nos países cujo sistema público de saúde é grande comprador de insumos – como a Inglaterra, o Canadá, a França e o nosso – o governo tem um grande poder de barganha que deriva do volume de compras do sistema de saúde, e isso acaba por influenciar o preço de mercado. Nos Estados Unidos esse papel é feito pelos planos de saúde, que – diferentemente dos nossos – cobrem ou ressarcem gastos com medicamentos.

Políticas de incentivo ao registro e uso de medicamentos genéricos também se mostraram estratégias eficazes de regulação de preços em várias partes do mundo.

A implantação e o apoio a programas de desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica estatal e privada nacional e de apoio e fortalecimento às micro e pequenas empresas são outra estratégia bastante empregada.

Por fim, uma legislação antitruste, que amplie as condições de concorrência e apoie as demais estratégias, tem sido adotada.

Nosso País, ao contrário dos desenvolvidos, vem tentando, nos últimos trinta anos, um conjunto de estratégias, formais e informais, de controle e de intervenção direta nos preços de medicamentos que – todas elas – mostraram-se ineficientes.

Vimos que a criação e operação da Ceme foram uma tentativa de intervenção extra preço que se mostrou acertada na década de 70, sendo, posteriormente, abandonada.

Nos últimos três anos, voltaram a ser implementadas estratégias de intervenção extra preço baseadas, fundamentalmente, no desenvolvimento da rede de laboratórios oficiais e em uma política de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos.

O controle de preços pelo Conselho Interministerial de Preços (CIP) nas décadas de 1970 e 1980

Nas décadas de 1970 e 1980, quase todos os preços da economia eram controlados pelo CIP. O mesmo acontecia com os medicamentos, dos quais apenas os fitoterápicos, os officinais e os homeopáticos estavam isentos.

Esse controle de preços teve resultados desastrosos para o abastecimento, tendo a própria Ceme enfrentado, durante muito tempo, problemas com a falta de oferta de vários grupos de medicamentos, em especial dos medicamentos básicos. Os medicamentos mais tradicionais eram, exatamente, os mais controlados, em razão do seu maior consumo, e foram os que apresentaram maiores problemas de escassez no mercado.

Esse fato decorria da adoção, por parte dos empresários produtores e distribuidores de medicamentos, de variados expedientes para driblar o controle de preços, como o superfaturamento de importações, o emprego de materiais e matérias-primas de qualidade inferior, a cobrança de ágio, a maquiagem de produtos, a venda casada e a cobrança de taxas abusivas de frete, entre outros. Quando a adoção de tais expedientes era impossível ou coibida, promoviam o desabastecimento.

Do congelamento no Governo Collor ao “acompanhamento informal” pré-Plano Real – a primeira metade da década de 1990

No início do Governo Collor, ainda sob vigência do CIP, o preço dos medicamentos – como os demais preços da economia – foram congelados, como estratégia do plano de controle da inflação implementado (Plano Collor I, de abril de 1990), permanecendo assim até agosto daquele ano, quando se iniciou o processo de liberação dos preços do setor, de tal forma que, em outubro, apenas os medicamentos de uso contínuo permaneciam sob controle.

A liberação resultou em fortes elevações de preços o que motivou um novo congelamento, em fevereiro de 1991, em níveis bem inferiores aos vigentes, no bojo de um novo plano de controle da inflação (Plano Collor II, de fevereiro de 1991), que incluía, ademais, a instituição de câmaras setoriais, especificamente, da Câmara Setorial da Indústria Farmacêutica.

A partir de então, os reajustes de preços do setor passaram a depender de autorização dessa Câmara, iniciando uma política de liberação gradual de preços, implementada já em sua primeira reunião, em maio de 1991, quando concedeu um aumento linear de 8% para todos os produtos, seguido de dois outros em junho – o primeiro de 10,8%, para os medicamentos de uso contínuo, e de 6,5%, para os de uso especial, e o segundo na forma de abono. Nessa ocasião foram liberados

os preços dos medicamentos fitoterápicos, oficinais e homeopáticos, retomando uma tradição de não controlar os preços dessas classes de medicamentos.

Durante um ano, executou-se o projeto de liberação gradual de preços, alcançando, primeiro, os medicamentos de venda livre, depois, os dependentes de prescrição médica e, por fim, aqueles destinados ao tratamento das doenças crônicas. A liberação de preços se completou, afinal, em junho de 1992, quando foram liberados de controle governamental todos os preços de produtos farmacêuticos de uso humano.

Apesar do longo e trabalhoso processo, a estratégia não surtiu os efeitos desejados de promover a estabilização dos preços dos medicamentos, uma vez que, tão logo liberados e até a implantação do Plano Real, em junho de 1994, os preços voltaram a sofrer majorações importantes.

Da liberação gradual ao novo congelamento do Segundo Governo FHC

Com a implantação do Plano Real, em junho de 1994, os preços – inclusive o dos medicamentos – foram convertidos para a Unidade de Referência de Valores pela média dos meses de setembro a dezembro de 1993.

Entre junho de 1994 e dezembro de 1996, o governo manteve um “entendimento informal” com a indústria farmacêutica, por meio do qual foram fixados parâmetros para o aumento de preço dos medicamentos, a acontecer a cada seis meses. Apesar desse “entendimento”, o preço dos medicamentos teve um acréscimo de 260%, nesse período.

Nos anos seguintes, a evolução dos preços tornou-se muito mais acelerada, obrigando o Governo a estabelecer, por portaria¹⁵, uma nova sistemática de acompanhamento de preços – conhecida como “liberdade vigiada” –, determinando a obrigação de os laboratórios farmacêuticos comunicarem à Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Justiça (Seae) os aumentos de preço dos medicamentos sujeitos à prescrição médica. Essa medida freou um pouco os aumentos.

A desvalorização cambial de janeiro de 1999, no entanto, obrigou a Seae a firmar um “acordo de cavalheiros” com os laboratórios produtores para diluir o repasse dos efeitos do câmbio no preço dos medicamentos e matérias-primas importadas. Em julho, foi necessário um novo acordo, objetivando o repasse do impacto das variações cambiais sobre os demais insumos. Apesar da atuação efetiva da Seae, não se impediu que o aumento dos preços de medicamentos se fizesse, no ano de 1999, em percentuais superiores à variação do índice de preços, alcançando, segundo o IBGE, 16,4%.

O Segundo Governo FHC – reconhecendo a experiência infrutífera de regulação de preços baseada em tabelamento e em acordos com a indústria farmacêutica, tentada nos anos anteriores – propõe, em substituição ao controle direto, a criação de “um marco regulatório que possa

¹⁵ Portaria nº 127, de 27 de novembro de 1998.

superar as falhas de mercado, tornando-o mais concorrencial e competitivo no tocante à formação de preços”.

Esse marco se consubstanciaria na Política de Medicamentos formulada em 1998, na qual o Estado passa a atuar como principal comprador – pressionando, assim, a formação de preços –; a apoiar o desenvolvimento e o aumento da produção de laboratórios oficiais, para que passassem a produzir os medicamentos e insumos de que depende a política de assistência farmacêutica definida para o SUS; e a implementar uma política de estímulo ao medicamento genérico.

No curto prazo, essa política não obteve os resultados pretendidos. Ao contrário, durante os anos de 1999 e 2000 – em que não houve qualquer controle de preços –, a população teve de se haver com reajustes abusivos no preço dos medicamentos e o Governo com uma contenda entre o Ministro da Saúde, que cobrava uma intervenção para controlá-los, e o Ministro da Fazenda, refratário a qualquer controle de preços.

O Relatório da CPI dos Medicamentos, dado a conhecer em maio de 2000, não apenas favorecia a intervenção governamental no setor como propunha que o controle de preços de medicamentos fosse transferido da área econômica do Governo para o Ministério da Saúde.

O agravamento da situação levou o Governo a ameaçar os laboratórios com o retorno ao controle de preços por meio de uma câmara técnica, conseguindo obter, como alternativa, em junho de 2000, um novo acordo com a indústria farmacêutica para manter congelado o preço dos medicamentos até o final do ano, enquanto um grupo de trabalho composto por representantes dos Ministérios da Fazenda, Justiça e Saúde elaborava a “regulamentação para o setor farmacêutico”.

Essa regulação veio na forma de uma medida provisória¹⁶, editada às vésperas do Natal de 2000, na qual são definidas normas de regulação para o setor de medicamentos, é instituída uma “Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos” e criada a Câmara de Medicamentos (Camed).

Na prática, a medida concedeu um reajuste de até 4,4% – que atingiu apenas 10% dos laboratórios – e congelou os preços por mais um ano. Ao mesmo tempo, o governo reduziu os impostos sobre 350 medicamentos usados para tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes e aids, e solicitou aos estados que também o fizessem, esperando que a indústria transferisse para o preço dos remédios essa redução de custos operacionais.

A partir de então, o relacionamento entre o Governo e os laboratórios passa a ser qualificado como hostil, sendo concedidos aumentos sempre menores do que os pleiteados em outubro de 2001 (4%) – para recompor os preços devido à alta do dólar –, em janeiro de 2002 (4,32%), e um “aumento extraordinário” de 8,63%, em novembro de 2002, também em razão da desvalorização do Real – este último já com o acordo da equipe do Governo Lula, em pleno processo de transição.

O congelamento de preços dos medicamentos foi mantido até o final do governo FHC. Em verdade, um congelamento relativo, uma vez que os remédios acumularam, em 2002, concedidos pela Camed, reajustes médios de 13,4%, índice superior ao da inflação no período.

16 Medida Provisória nº 2.230, de 19 de dezembro de 2000, convertida na Lei nº 10.213, de 27 de março de 2001.

O incentivo aos medicamentos genéricos como política de regulação de preços de medicamentos

Do ponto de vista econômico, o incentivo ao medicamento genérico representa um mecanismo de controle e de redução de preços de medicamentos, por favorecer o direito de escolha do consumidor, ao mesmo tempo em que liberta o médico do domínio das multinacionais farmacêuticas que impõem suas marcas e nomes comerciais.

A adoção dos nomes genéricos para identificar os medicamentos permite ao consumidor escolher, entre as várias marcas e nomes comerciais do medicamento que lhe foi prescrito, aquela de menor preço ou que lhe ofereça mais segurança ou outra vantagem. Permite, ainda, optar entre medicamentos de marca, similares e genéricos.

Com uma política como a instituída no País com a Lei dos Genéricos, a redução de preços decorre da ampliação da possibilidade de competição por preços – já que o médico não prescreve marcas de medicamentos, mas princípios ativos, e o consumidor pode escolher livremente o produto que mais lhe convier –; da introdução de novos produtos mais baratos no mercado – os medicamentos genéricos –; e da redução dos custos de publicidade – que, no nosso meio, se estima, podem chegar a até 40% do custo final do produto.

Nos Estados Unidos e em países europeus – que já adotam políticas similares há mais de vinte anos – os produtos genéricos, hoje, ocupam 35% do mercado, em decorrência da diferença de preços entre produtos de marca e genéricos, que varia de não menos de 20% a, em alguns casos, 70%.

No Brasil, resultados similares se fizeram sentir: dois anos após os primeiros registros de medicamentos genéricos, não apenas esses medicamentos eram, em média, 40% mais baratos do que os correspondentes de marca, como uma avaliação da Anvisa mostrava uma redução entre 37% e 65% no custo dos tratamentos de seis doenças e condições de elevada prevalência no País (hipertensão, diabetes, controle do colesterol, gota, câncer de próstata e glaucoma).

No Brasil, como na Europa e nos Estados Unidos, a política de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos tem se mostrado um mecanismo eficaz de regulação do preço dos remédios.

Produção estatal de medicamentos como parte da estratégia de regulação de preços

Parte da Política de Medicamentos implementada nos dois últimos anos do Segundo Governo FHC, um “projeto de modernização dos laboratórios oficiais” permitiu vitórias circunstanciais – como o caso da diminuição do preço de alguns medicamentos para a aids –, não se mostrando, entretanto, como fator efetivo para a regulação de preços dos remédios em curto prazo. Mesmo porque, trata-se de uma estratégia de longo prazo que tem, em primeiro lugar, de promover a reversão do sucateamento a que aqueles laboratórios foram relegados a partir de meados da década de 90.

A situação dos laboratórios oficiais – hoje em número de 17 – agravou-se profundamente nos anos que antecederam e se seguiram ao fechamento da Ceme, nos quais a política de medicamentos orientou-se exclusivamente pelas leis de mercado e pelo tabelamento de preços, revelando uma ótica que não considerava as necessidades sanitárias da população.

Apesar de todas as dificuldades, os laboratórios oficiais sempre conseguiram produzir com custos e preços muito inferiores aos dos laboratórios privados, demonstrando a sua importância estratégica na composição de uma política que objetive a regulação de preços, pelo seu papel de referência de custos e preços.

Entre 2001 e 2002, os investimentos feitos na produção estatal de medicamentos alcançaram 73,8 milhões de reais, resultando na duplicação da produção dos laboratórios estatais que, hoje, corresponde a apenas 3% do consumo nacional e a 14,5% do total da demanda do SUS.

5,3 bilhões de unidades farmacêuticas são produzidas, hoje, em laboratórios oficiais, devendo essa produção ser duplicada no prazo de dois anos, se mantidos os investimentos previstos, da ordem de quarenta milhões de reais, em 2003, para a modernização de instalações e ampliação da capacidade de produção dos laboratórios oficiais

Os investimentos programados no final do Governo FHC deverão ser aplicados, no Governo Lula, para a ampliação da área e do número de laboratórios oficiais, inclusive a construção de duas fábricas de hemoderivados.

A política do Governo Lula relativa ao preço dos medicamentos

A obtenção de reajustes sempre abaixo do pleiteado, os resultados da política de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos sobre o mercado e o relacionamento hostil entre o Governo e os laboratórios, nos anos finais do Governo FHC, levaram o setor farmacêutico a se transformar num dos principais doadores de recursos para a campanha de Lula ao Planalto.

Nem bem tinha se encerrado a campanha presidencial de 2002, o Presidente da Febráfarma (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica) já negociava com o futuro governo um reajuste de, pelo menos, 18%, em média, para “recompôr os preços”, na perspectiva de que o congelamento não fosse prorrogado.

Isso, no entanto, não aconteceu e um acordo acabou sendo fechado entre o governo e a indústria farmacêutica, antes mesmo da posse, prorrogando o congelamento dos preços dos remédios até fevereiro, concedendo um aumento de 8,6% a vigorar em março, e reinstituindo o congelamento até junho e o sistema de “liberdade vigiada” depois disso. O acordo dá tempo ao governo para fazer uma avaliação da “necessidade de promover algum alinhamento nos preços”.

O acordo – que a imprensa notificou como manifestação clara de um “promissor clima de entendimento entre a indústria farmacêutica e o governo” – inclui um voto de confiança da indústria no novo governo, que, em contrapartida, acena com a liberação do preço dos medicamentos de venda livre em curto prazo – o que realmente aconteceu –, com um significativo aumento das compras do SUS e com a possível implantação de um programa de “cesta básica de medicamentos” subsidiada pelo governo para aumentar o consumo dos segmentos populacionais de baixa renda.

Tão logo se iniciou, o Governo anunciou sua intenção de não adotar “políticas intervencionistas para preços, com exceção de produtos sensíveis para a população de baixa renda, como os medicamentos” e, já em fevereiro, liberou o preço de 260 medicamentos de venda livre, o que é

interpretado como o início de um processo de liberação dos preços dos medicamentos. Os preços dos demais medicamentos, no entanto, continuam congelados até junho.

A expectativa do governo era de que, como os medicamentos que tiveram seu preço liberado têm grande competitividade, seriam regulados pelo próprio mercado. Isso, no entanto, também não aconteceu: a média de reajuste de preço, um mês depois da liberação, era de 11,8%, obrigando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária a sair a campo e multar alguns laboratórios.

Em 1º de março, os consumidores de medicamentos passaram a pagar, em média, 8,63% a mais por 2.740 medicamentos, corrigindo defasagens provocadas pelo câmbio.

Com os últimos aumentos, as vendas no varejo caíram cerca de 3%.

A situação atual da assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Em dezembro de 2002, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), depois de avaliar a disponibilidade de 61 medicamentos selecionados da Rename, em 50 unidades do SUS, de 11 cidades do País, constatou que o Sistema não consegue garantir sequer os medicamentos essenciais.

Segundo o estudo, a rede pública de saúde falha em garantir o acesso da população a medicamentos para tratar doenças como diabetes, asma, hipertensão e transtornos mentais. Em média, só 55,4% dos medicamentos pesquisados foram encontrados. O país que garantiu o acesso universal aos medicamentos contra a aids – e recebeu o reconhecimento internacional por isso – não consegue disponibilizar medicamentos básicos para doenças e problemas mais simples e baratos de tratar, como gonorréia, hipertensão, diabetes e infestação por piolhos.

Segundo o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os recursos para a assistência farmacêutica são insuficientes, porque alguns estados não têm investido o devido.

O problema não é apenas de descumprimento de contrato entre estados e Ministério da Saúde quanto ao aporte de contrapartida dos primeiros. É bem mais grave e passa pela enorme deficiência da infraestrutura material e de recursos humanos das secretarias de saúde: depósitos e centrais de abastecimento e distribuição insuficientes e mal equipados, insuficiência de recursos humanos, tanto em quantidade quanto em qualidade, e planejamento e gestão não profissional, entre outros.

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS mobilizou, em 2002, três bilhões de reais.

Farmácias que vendem de tudo

Segundo a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), o País tem 54 mil estabelecimentos do ramo, 80% dos quais de pequeno porte. O setor tem uma receita de R\$ 864 milhões por ano.

Nos últimos anos, o número desses estabelecimentos não apenas aumentou como se exacerbam, sobremaneira, seu aspecto comercial, em detrimento do assistencial. Mais atraentes e com grande variedade de produtos, além de remédios, as farmácias e drogarias se multiplicam, especialmente nas regiões mais desenvolvidas do País e das cidades.

Na cidade de São Paulo, por exemplo, em 2001, foram abertas 1.574 novas farmácias e drogarias. Na periferia ou em bairros de maior poder aquisitivo, as farmácias e drogarias proliferam nas esquinas da cidade. Calcula-se que a cada farmácia que fecha, duas são abertas em São Paulo.

Durante o ano de 2002, o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo registrou a abertura de 1.960 novos estabelecimentos, 386 a mais em relação ao ano anterior. Essa expansão, que foi de 24,5% no período, acontece principalmente entre as grandes redes e voltada para regiões de maior concentração urbana e de maior poder aquisitivo.

A chegada do medicamento genérico ao mercado é apontada como um dos motivos desse crescimento acentuado: mais barato que o medicamento tradicional, o genérico aumentou o fluxo de consumidores nas farmácias.

Em razão da retração das vendas e da concorrência crescente, grande parte das farmácias oferece serviços como entrega em domicílio sem cobrança de taxa e pedido mínimo, *drive-thru*, *e-commerce*, *call centers* e convênio-empresa. Estratégias de *marketing* desenvolveram e aplicam o conceito da “nova farmácia”, que é uma mescla de loja de departamento e farmácia, trabalhando com o conceito de “não-medicamento”. A “nova farmácia” oferece um número muito maior de “itens” (mais ou menos 8 mil, quando, na “farmácia tradicional”, não passam de 5 mil).

Ocorreu uma mudança no perfil dos produtos que vendem, e que muda conforme o poder aquisitivo da região, incluindo produtos de beleza, energéticos, vitaminas, refrigerantes e até sorvetes, bem ao estilo da *drugstore* norte-americana, onde se vende tudo, inclusive medicamentos. As farmácias passaram a oferecer uma grande variedade de produtos.

Na Região Nordeste, essas “novas farmácias” vendem mesmo tudo: artigos de beleza e higiene pessoal, rações para animais, material fotográfico, pão, refrigerantes, água de coco e sorvetes. Além disso, como os supermercados, as farmácias e drogarias também oferecem produtos de marcas próprias, que, em média, chegam a representar 10% da receita do estabelecimento.

Outra diferença é a área de venda, e como nos supermercados, as gôndolas dão visibilidade aos produtos em exposição. Na antiga farmácia de bairro, a área de venda corresponde a, no máximo, 80 metros. Hoje, os novos estabelecimentos abrem com 150 metros de área de venda, que abre espaço para toda aquela parafernália de outros produtos, acima citados. Em geral, a área reservada aos medicamentos reduziu-se a um terço da área total de vendas.

Nesta linha, já se encontram em funcionamento nas grandes cidades as “hiperfarmácias”, com 200 metros quadrados de área de venda e 12 mil itens, entre vitaminas, suplementos nutricionais, fitoterápicos e cosméticos nacionais e importados.

Tudo isso, visando ao consumidor de maior poder aquisitivo.

A expansão é mais intensa entre as médias e grandes redes, que, no ano passado, cresceram 15%, principalmente por causa do espaço conquistado pelos “não-medicamentos”.

Farmacêutico de plantão é coisa rara. Ainda que a lei obrigue a presença do farmacêutico para que o estabelecimento possa funcionar, na maioria das vezes isso não ocorre. A situação se deve a dois fatores: os salários aviltantes pagos pelos proprietários e a desídia dos profissionais.

De qualquer forma, ela serve aos interesses dos empresários do ramo, responsáveis pela promoção do conceito que pretende transformar a farmácia de serviço de saúde em estabelecimento comercial: a presença do farmacêutico inibe a “empurroterapia”, praticada pelos balconistas com apoio e estímulo de proprietários de farmácias, de fabricantes e de distribuidores de medicamentos.

A assistência farmacêutica como uma das quatro prioridades para a área de saúde do Governo Lula

Já no período de transição, foi antecipada a adoção de “uma política nova para o setor de medicamentos, em substituição à atual”, que excluiria o congelamento de preços e incluiria a ampliação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. “Aumentar a oferta de medicamentos aos brasileiros” é uma das quatro grandes metas da atual gestão do Ministério da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, esse objetivo será alcançado, neste governo, por meio da ampliação da política de compra de medicamentos pelo SUS; pela solução do problema de desabastecimento das unidades de saúde; pela ampliação da produção dos laboratórios oficiais e pelo estímulo ao desenvolvimento de novos medicamentos pelos institutos de pesquisa nacionais.

O novo governo pretende duplicar o volume de despesas com assistência farmacêutica, que deverá alcançar, assim, seis bilhões de reais, já em 2003.

Discute-se, também, a criação de “farmácias populares”, para garantir baixo preço à população e influenciar o mercado, e a instituição de uma “cesta básica de medicamentos”, subsidiada pelo governo, para aumentar o consumo de medicamento pelas populações de baixa renda. A instituição de um mecanismo de reembolso de medicamentos dispensados por redes privadas de farmácia para os usuários do SUS está, também, em estudo pela equipe do governo.

Em relação aos planos de saúde, o governo quer que sua cobertura inclua a assistência farmacêutica, hoje não contemplada.

Muito interessante é a afirmação do Ministro da Saúde de que – em relação à questão das patentes de medicamentos – o governo sempre colocará a saúde pública acima dos interesses comerciais “de quem quer que seja”.

Na nova política de medicamentos, não existe uma só palavra sobre medicamentos genéricos.

20 de agosto de 2003

3.2 - As multinacionais farmacêuticas e o direito de patentes (2004)

A assistência farmacêutica é, dentre todos os componentes da atenção à saúde, e em que pese o direito constitucional à saúde, um dos menos desenvolvidos em nosso País, isto é, o acesso a medicamentos ainda está limitado a apenas uma parcela de nossa sociedade.

De cada dez medicamentos dispensados no País, oito o são por uma farmácia comercial e essa assistência é paga diretamente do bolso do paciente, uma vez que o Sistema Único de Saúde não oferece cobertura satisfatória nessa área – apesar dos grandes avanços ocorridos nos últimos anos – e nenhum plano de saúde cobre custos com medicamentos, fora do âmbito da assistência hospitalar. Em decorrência, estima-se que 54 milhões de brasileiros não têm renda suficiente para consumir medicamentos.

A política de incentivo aos medicamentos genéricos tem sido bem sucedida em ampliar esse acesso, ao permitir a entrada no mercado de medicamentos mais baratos. No entanto, para a manutenção e ampliação dessa política – que, ressalte-se, já resulta em barateamento do preço dos medicamentos e em ampliação do acesso da população a eles – é essencial que existam medicamentos sem proteção patentária. Portanto, ampliar o tempo de vigência dessas patentes é prejudicial ao êxito de uma das poucas políticas públicas que, historicamente, ampliou o acesso da população a medicamentos.

Em relação ao argumento de que esse “aumento relativamente pequeno da proteção à propriedade industrial” estimularia a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos, o que contribuiria para a melhoria da saúde da população, não há evidências de que tal resulte.

As multinacionais farmacêuticas têm pautado sua atuação nessa área, exatamente, por pesquisar e desenvolver apenas novos medicamentos dirigidos aos mercados americano, japonês e europeu, abandonando à própria sorte milhões de doentes das chamadas doenças tropicais e outras doenças de elevada prevalência em países pobres.

A atuação dessas empresas em relação à epidemia de aids na África foi responsável por conferir-lhes uma reputação que é, hoje, similar a da indústria de tabaco. Dessa forma, a indústria transnacional farmacêutica não tem argumentos legítimos para justificar seus requerimentos de proteção de patentes.

Em relação à proteção dos investimentos das multinacionais farmacêuticas, cremos que também não existem elementos que justifiquem apreensão: os estudos publicados na imprensa leiga e de economia mostram que os laboratórios bateram recordes de ganhos, na última década. Só no ano de 2000, tiveram uma rentabilidade média de 45,3%, bem acima de outros setores altamente rentáveis da economia como os bancos, a indústria química e as empresas de telecomunicações.

Além disso, as fusões estão provocando uma concentração da produção mundial de medicamentos nas mãos de poucas empresas que, exatamente por serem corporações gigantescas, têm enorme peso e poder políticos junto aos governos.

17 de outubro de 2004

3.3 – Lei de Propriedade Intelectual e Lei de Distribuição Universal de medicamentos para aids: contexto social, político e legislativo (2006)

Contexto político

Em 1986, no ano em que a Lei de Propriedade Intelectual e a Lei de Distribuição Universal [de medicamentos para a aids] foram aprovadas pelo Congresso Nacional e entram em vigor, estávamos na metade daquela que ficou conhecida como a década do social-liberalismo, iniciada com a aventura bonapartista de Collor e consolidada pelos governos que se seguiram – Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (este último um governo de coalizão da socialdemocracia com liberais) – e que se caracterizou, principalmente, pela instituição de um processo de desregulamentação, de privatizações e de reestruturação do papel do Estado, no qual toma relevância, a precarização de seu papel social.

Uma das mais sérias críticas que, desde a campanha pela Presidência, se faziam ao novo governo era a fragilidade e mesmo a ausência de políticas sociais.

Deslanchava uma política, implementada com grande eficácia a partir de então, de contenção dos gastos públicos – em especial em investimentos, em políticas públicas voltadas para realização de direitos sociais, e em pessoal. Na área econômica, adotou-se o que passou a ser chamado de “financeirização dos orçamentos públicos”, isto é, aumento crescente da arrecadação e contenção de gastos públicos, comprometendo os superávits fiscais com o pagamento dos juros da dívida pública, sempre crescentes.

É dessa época a formulação, pelos ministérios da Fazenda, do Planejamento e da Administração e Reforma do Estado, da Reforma do Estado que, ao lado de avanços de ordem gerencial (metas, desempenho e contratos de gestão), reduziu o seu papel, na busca do Estado Mínimo.

Dessa política resultou, em especial na área social, o desaparecimento da máquina estatal para formular e implementar políticas públicas com base nos direitos sociais, ao lado de seu fortalecimento e eficiência para arrecadar, pagar juros e repassar recursos para redes terceirizadas.

Política de saúde

Em meados da década de 90, vislumbravam-se progressos importantes nas condições de saúde em decorrência do sucesso do Plano Real que permitiu aumento do consumo de alimentos e serviços antes inacessíveis às classes pobres e reduziu a mortalidade infantil e a prevalência de desnutrição.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde se mostrava uma estratégia exitosa nas comunidades em que fora implantado; o combate às fraudes e ao desperdício dava resultados positivos, e, apesar das dificuldades e da carência de recursos, programas de controle de doenças estavam obtendo êxitos importantes, como demonstravam a erradicação da poliomielite, o enfrentamento das epidemias de cólera e dengue e o controle da aids.

Do ponto de vista institucional, a publicação da Norma Operacional Básica de 1993 e, em especial, sua reedição de 1996, promoviam avanços importantes no processo de descentralização no âmbito do SUS, ainda que limitados pelo insuficiente desenvolvimento institucional de boa parte dos gestores estaduais e municipais e do seu desaparelhamento para exercer o poder de controle e fiscalização que se lhes atribuía.

No entanto nem tudo estava bem no setor saúde: ao lado do retraimento do orçamento federal, estados e municípios também estavam participando pouco dos gastos públicos com saúde – cerca de 70% dos gastos do SUS tinham origem federal –; os baixos valores pagos aos serviços contratados e conveniados geravam “descrédito branco”, isto é, médicos, especialistas, hospitais e outros serviços de saúde, em número cada vez maior, estavam deixando de atender pacientes do SUS; e a sobredemanda aos serviços de referência passou a impactar a qualidade do atendimento, o que era demonstrado por recorrentes surtos de infecção hospitalar e excesso de mortalidade (Boa Vista, Niterói, Fortaleza, Campinas): sem serviços básicos e, mesmo, de média complexidade, sobrava às pessoas recorrerem às emergências e referências, geralmente com seus quadros clínicos agravados ou complicados, sobrecarregando-as e sobrepassando sua capacidade instalada.

A política do governo para a Saúde, até então pouco formulada, na prática consistia no desmonte do sistema idealizado pela Constituição de 1988. Política esta que vinha dos governos anteriores e que, neste se fortaleceu.

Apesar da crescente necessidade de aporte de recursos para a consolidação do SUS e a ampliação de coberturas e direitos de saúde, a resposta do governo era a redução dos recursos alocados para o setor.

Ao lado dessa retração, a primeira administração FHC consolidou o abandono do modelo de financiamento da Seguridade Social previsto pela Constituição de 1988, rotinizando a utilização de receitas de contribuições sociais para a cobertura de compromissos outros do governo, inclusive o pagamento da dívida. A ausência de uma clara definição em relação à destinação dos recursos da Seguridade Social quanto às suas diferentes destinações, permitiu que se adotassem conceitos elásticos, enquadrando, como financiáveis com recursos da Seguridade, um conjunto de ações de governo (educação, pagamento de pessoal civil e inativos, por exemplo) em detrimento das ações de saúde, previdência e assistência. À época, estimava-se que este artifício desviava, anualmente, cerca de 20 % dos recursos que deveriam ter sido postos a disposição do Ministério da Saúde.

Uma decorrência desta situação — além, é claro, de acelerar o sucateamento do setor — era a permanente “queda de braço” entre os ministros da saúde e da fazenda e entre os ministros da saúde e da previdência, onde ganhava ou o ministro politicamente mais forte ou quem administrava o caixa.

Na medida em que o pagamento da dívida se tornava a prioridade real do governo, esses mecanismos acima apontados desviavam não apenas recursos de fonte tributária como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida.

Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais e do Cofins em particular, os repasses ao Ministério da Saúde mantinham-se inferiores às necessidades da área, situação que

se agravava ano a ano, desde o início da década, e que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras no ano anterior conseguiu amenizar.

O que vemos, assim, em relação à política de saúde à época é um conjunto de medidas que apontam em direções contraditórias. Ao mesmo tempo em que valorizava a descentralização e a desconcentração de ações, reforçava o poder de gestão do Ministério da Saúde. Reconhecia a necessidade de mais recursos, mas reduzia os aportes orçamentários para o setor ao mesmo tempo em que mantinha a prática instituída pelos governos anteriores de financiar com recursos do orçamento da saúde atividades que não são dessa competência. Principalmente, continuava desviando recursos da saúde para o pagamento da dívida.

Em 1996, a Seguridade e a Saúde estavam reféns do pagamento da dívida e o SUS operava numa perspectiva de retração orçamentária – o que é importante ter em mente porque o que o Congresso aprovou naquele ano e o Presidente da República sancionou implicava, como logo ficou patente, a necessidade de aportes significativos de novos recursos para o SUS.

Política de controle da aids

O ano de 1996 é um momento de transição na evolução e no perfil da epidemia: depois do rápido crescimento do número de casos ocorrido na década anterior, os anos da primeira metade da década de 90 se caracterizaram pelo crescimento mais lento do número de casos e pela consolidação das principais tendências que, hoje, apresenta a epidemia, no Brasil.

Em meados dos anos 90, o País já possuía um programa de controle consolidado e eficaz, capitaneado pelo Poder Público, e uma extensa e intensa atuação da sociedade civil de enfrentamento da epidemia e de seus impactos, capazes de reverter suas principais tendências e favorecer seu controle. O conjunto de ações voltadas para a prevenção da infecção e a assistência das pessoas vivendo com HIV e aids começavam a mostrar os primeiros resultados animadores.

Em relação ao componente de assistência farmacêutica do programa, o SUS vinha disponibilizando, desde 1988, os medicamentos para o tratamento de infecções oportunistas e, a partir de 1991, o primeiro antirretroviral – zivudina. Em 1996, no entanto, vivenciou-se uma mudança radical nesse componente: o País adotou uma corajosa, inovadora e revolucionária política de assistência farmacêutica caracterizada pelo acesso universal e gratuito aos novos medicamentos antirretrovirais recentemente desenvolvidos e aos meios diagnósticos laboratoriais para o monitoramento clínico da infecção e da sua terapia.

Esse ano marcou, assim, o início de uma nova fase da epidemia e de seu enfrentamento – na qual se mantém até o presente –, caracterizada pela estabilização do risco de infecção pelo HIV e do número de casos novos de aids, redução da letalidade e da mortalidade e confirmação das tendências de interiorização, feminização e pauperização.

Em 1996, os resultados positivos em direção ao controle se faziam mais evidentes nos grandes centros urbanos – onde o ritmo de crescimento mostrava tendência a estacionar –, mas a epidemia interioriza-se, apresentando ritmo de crescimento elevado nas pequenas e médias cidades, o que indicava a necessidade de rever o arcabouço institucional e de financiamento de suas ações – o

que veio, realmente a acontecer, mais tarde, com as políticas de descentralização e incentivo –, na medida em se fazia cada vez mais necessário o envolvimento de gestores estaduais e municipais.

Em verdade, as ações do programa não tinham acompanhado a interiorização da epidemia e, dessa forma, a oferta de ações e serviços ainda se encontrava limitada às capitais e grandes cidades.

Um número significativo de secretarias estaduais e municipais de saúde nas novas fronteiras da epidemia não mostrava interesse em atuar nessa área e organizações não-governamentais denunciavam que a não-atuação dos municípios provocava “inchaço” dos programas e serviços mantidos pelos estados, ao mesmo tempo em que as secretarias de saúde transferiam para elas (ONG) a realização de “trabalho que não é delas”. Os diferentes gestores do SUS ficavam “fazendo jogo de empurra” entre si, especialmente quanto a responsabilidades assistenciais.

Os acordos feitos nas instâncias de pactuação (Comissões Intergestores Tri e Bipartite) não eram, em geral, cumpridos. A principal consequência disso era ausência de contrapartida dos estados e municípios, cujo resultado mais evidente era a falta crônica de medicamentos para DST e infecções oportunistas e a grave e crescente insuficiência da retaguarda laboratorial para as ações do programa.

A assistência às pessoas vivendo com aids se encontrava, assim, fragilizada pelo número e organização insuficientes de programas e serviços locais, pela falta de insumos e pela carência de capacitação técnica dos trabalhadores de saúde. As redes e serviços não estavam adequadamente organizados e, com frequência, não dispunham de mecanismos de referência e contrarreferência. Na maior parte das unidades federadas, os serviços de referência não existiam ou eram insuficientes frente à demanda. O acesso a especialidades médicas e a procedimentos de média complexidade era limitado na maioria das regiões.

Dessa concentração de serviços nas capitais e em poucas cidades do interior e dos problemas citados resultava: recorrentes carências de insumos de prevenção, aumento da letalidade, especialmente nos municípios do interior; sobrecarga dos serviços de referência e das capitais; longo tempo de espera para atendimento e para realização de exames laboratoriais e obtenção de resultados; dificuldade de acesso ao teste e realização de diagnóstico tardio. À disponibilidade de medicamentos antirretrovirais – comprados pelo Governo Federal –, contrapunha-se a falta de medicamentos para DST e infecções oportunistas, um problema antigo, permanente e generalizado.

É nesse contexto que se propunha a ampliação da assistência farmacêutica para as pessoas vivendo com HIV e aids – o que ficou conhecido como a Política de Medicamentos do PN-DST/Aids – e que incluía, mais do que “distribuir universalmente” medicamentos antirretrovirais, o desenvolvimento de uma rede laboratorial de importante densidade tecnológica e de um sistema logístico, de abrangência nacional, capaz de dar conta do planejamento, aquisição, distribuição, controle de qualidade e dispensação de medicamentos de elevadíssimo custo.

Política de assistência farmacêutica

O ano de 1996 é um momento que antecede uma virada significativa em relação às políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica no País.

O processo de extinção da Central de Medicamentos (CEME) – que vinha sendo gestado desde o início da década, com o objetivo de combater a corrupção e a ineficiência, e se insere no contexto da política de redução do papel do Estado – estava em vias de ocorrer.

A política defendida pela nova administração do Ministério da Saúde – e afinal consolidada nos anos seguintes – consistia em extinguir a Ceme – o que veio a ocorrer no ano seguinte (1997) – e implementar, definitivamente, uma política de descentralização, atribuindo ao Ministério da Saúde funções de definir políticas e incentivar a pesquisa, sob a responsabilidade de uma nova subsecretaria.

Segundo essa política, a aquisição e distribuição de medicamentos passam a ser responsabilidades dos gestores estaduais e municipais do SUS – como efetivamente ocorreu a partir de 1998 – e os recursos federais para assistência farmacêutica passam a serem transferidos para estados e municípios. A nova política contava com o apoio dos secretários estaduais de saúde.

A estratégia de aquisição da indústria privada como mecanismo de redução de custo – instituída nos últimos anos de existência da Ceme – foi mantida, ainda que, como logo ficou evidente, acabou por se mostrar equivocada. Entre suas consequências está, em primeiro lugar, a aceleração do processo de fragilização dos laboratórios oficiais, que passaram a não contar mais com investimentos, do que resultou, quando se desejou retomar seu papel, a partir de 2000, encontrar-se a rede composta de laboratórios descapitalizados, endividados, inadimplentes, com problemas de estrutura e de gestão, e com recursos humanos insuficientes, mal remunerados e desmotivados. Farmanguinhos – o principal laboratório oficial – teve sua produção reduzida drasticamente a partir de 1997, só retomando o nível de 1996 em 2000. Seu potencial de atuar como um instrumento regulador de preços no mercado nacional foi praticamente reduzido a zero.

Para substituir a atuação da Ceme, o Ministério da Saúde criou, em 1997, o Programa de Farmácia Básica, que se caracterizava pela aquisição centralizada e distribuição a estados e municípios do denominado *kit* de Farmácia Básica, composto por cerca de 40 medicamentos. O programa foi reformulado, em 1998, com alteração de enfoque e de cobertura: passou a executar-se em um número maior de municípios – antes alcançava apenas municípios com até 20.000 habitantes – e sob uma diretriz de descentralização.

É também daquele ano (1998) a elaboração e entrada em vigor da Política Nacional de Medicamento, instituída como “instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde no campo da política de medicamento do setor público”, estruturando a assistência farmacêutica, no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, em quatro segmentos: a Assistência Farmacêutica Básica; os Medicamentos Estratégicos; os Medicamentos Excepcionais; e os Medicamentos de Saúde Mental.

A Assistência Farmacêutica Básica estava voltada para o tratamento das afecções mais simples e foi implementada por meio do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que consistia na transferência de recursos federais a estados e municípios que aderissem a ele e se habilitassem junto ao Ministério, aportando contrapartidas financeiras e infraestrutura material e de recursos humanos, para a compra descentralizada de medicamentos específicos, relacionados na Rename. Em dezembro de 1999, 98,5% dos municípios estavam habilitados e executando o Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Os medicamentos estratégicos (aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como tuberculose, aids, malária, diabetes etc.) mantiveram sua aquisição centralizada no Ministério da Saúde e eram repassados aos estados e municípios, conforme suas necessidades.

Os medicamentos excepcionais (aqueles de alto custo, utilizados para o tratamento de doenças neurológicas, autoimunes, hepatites e outras, além dos usados nos transplantados, que deles necessitam por longos períodos) e os medicamentos de saúde mental tinham uma linha específica de financiamento, por meio do repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os estados e municípios, que utilizavam esses recursos para adquirir e distribuir esses medicamentos de acordo com as necessidades da população. Também no caso desses dois tipos de medicamentos, era exigida contrapartida financeira dos estados e municípios beneficiados.

Em termos financeiros, o Ministério da Saúde investiu em assistência farmacêutica, entre 1996 e 1999, 2,3 bilhões de reais. Analisando o desempenho, nota-se um crescimento dos gastos com assistência farmacêutica que passou de 230,7 milhões de reais, em 1996, para 925 milhões de reais, em 1999 – um crescimento de quatro vezes.

Na composição dos gastos, evidencia-se que o gasto com medicamentos estratégicos correspondeu a 66% do total em 1999, enquanto o gasto com assistência farmacêutica básica correspondeu a 13,4%. Só em medicamentos para a aids, o Ministério gastou, em 1999, 486,6 milhões de dólares, ou seja, o correspondente a 52,6% do total de gastos com assistência farmacêutica e a quatro vezes o que despendeu com assistência farmacêutica básica.

Nos anos de 2000 a 2002, o Ministério da Saúde ampliou sistematicamente o volume anual de gastos com assistência farmacêutica, mantendo essa estrutura de despesas, alcançando três bilhões de reais em 2002. Da mesma forma que nos anos anteriores, quase 50% desse total corresponderam à aquisição de medicamentos para aids.

Esta política continha, ainda, como estratégia, a promoção do registro e do uso de medicamentos genéricos.

Vê-se, assim, que o ano de entrada em vigor da Lei de Patentes e da Lei de Distribuição Universal, constitui um divisor de águas na Política de Medicamento e na área de assistência farmacêutica que, apesar da restrição orçamentária do setor, teve ampliados substancialmente os recursos a disposição de seu financiamento, o que permitiu sua diversificação e aumento de cobertura – inclusive a universalização dos antirretrovirais –, e avançou no processo de descentralização, a curto prazo.

Origem e tramitação da Lei de Propriedade Intelectual (Lei nº 9.279, de 1996)

O Brasil – como grande parte dos países não-desenvolvidos e boa parte dos desenvolvidos – não reconhecia a proteção de patentes de produtos farmacêuticos, desde 1941, nem de processos farmacêuticos, desde 1969. Encontrava-se em vigor a Lei nº 5.772, de 1971, que dispunha sobre a propriedade industrial, e que definia como não-patenteáveis os produtos químico-farmacêuticos, os medicamentos e os respectivos processos de produção ou modificação.

A partir da segunda metade dos anos 80, no entanto, o assunto passou a ser grandemente discutido no país, protagonizada, em especial, por três grupos de interesses: a indústria farmacêutica nacional – hostil a qualquer forma de proteção de patentes farmacêuticas –; as empresas multinacionais de medicamentos – fortemente favorável; e o governo brasileiro – que, apesar das diferentes orientações políticas das diferentes administrações, procrastinava uma decisão sobre o assunto, pressionado entre as reivindicações da indústria nacional e a implementação de uma política comercial, grandemente dependente.

Até 1993, a proteção de patentes era uma questão política doméstica, apesar das pressões externas. A conclusão da Rodada Uruguaia do GATT (Acordo Geral de Tarifas e Comércio), em 1993, a criação da Organização Mundial do Comércio, em 1994, e, principalmente, a assinatura, pelo Brasil, do Acordo dos Direitos de Propriedade Intelectual Vinculados ao Comércio (TRIPS), em 1995, deram uma dimensão internacional à questão e urgência à revisão da legislação nacional sobre a matéria.

É bem verdade que, entre 1989 e 1991, cinco proposições legislativas reconhecendo o direito de patentes a produtos químicos, alimentos, produtos farmacêuticos, medicamentos e micro-organismos, foram apresentadas às duas Casas do Congresso. Esses projetos de lei – todos alterando a Lei de Patentes de 1971 –, no entanto, permaneciam em tramitação até maio de 1991.

É desta data o início da tramitação do projeto de lei que deu origem a Lei nº 9.279, de 1996, conhecida como Código de Propriedade Industrial, de autoria do Poder Executivo, e que passou a ser referido como “o Projeto do Collor”. Os cinco projetos ainda tramitando foram apensados a ele.

Origem e tramitação da Lei de Distribuição Universal (Lei nº 9.313, de 1996)

A Lei de Distribuição Universal teve origem em um projeto de lei de autoria do Senador José Sarney, do PMDB-AP, apresentado ao Senado Federal, e cuja tramitação foi uma das mais céleres da história legislativa brasileira: lido em Plenário no dia 12 de junho de 1996, foi aprovado pelas duas casas do Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República em exatos quatro meses.

Em razão da aprovação de um requerimento de urgência do autor do projeto, a matéria, inicialmente distribuída à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, foi direto a Plenário onde, apenas dois meses transcorridos de sua apresentação, já tinha sido aprovada e encaminhada a revisão da Câmara dos Deputados. Naquela Casa, sua tramitação foi ainda mais rápida: transcorrido um mês exato de sua entrada, o projeto de lei já tinha sido aprovado na forma de um

substitutivo e devolvido ao Senado. No Senado, o substitutivo da Câmara foi lido no mesmo dia em que chegou e encaminhado à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais, mas, como da primeira vez, um requerimento de urgência dos líderes foi aprovado, levando a matéria diretamente à análise do Plenário. No Plenário, apenas uma das alterações propostas pela Câmara foi acatada: a de que as despesas decorrentes da implementação da lei em que o projeto se transformasse seriam financiadas com recursos do Orçamento da Seguridade Social – e não da arrecadação da CPMF17, como previa o projeto original – e partilhadas entre União, estados, Distrito Federal e municípios – e não ficassem na responsabilidade do Ministério da Saúde, apenas. O texto aprovado foi enviado à sanção presidencial no mesmo dia de sua aprovação pelo Plenário do Senado, e a sanção ocorreu vinte dias depois, transformando o projeto na Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.

Importância da legislação para a sustentabilidade da assistência farmacêutica no âmbito do Programa Nacional de Aids e do Sistema Único de Saúde.

Em relação ao controle da aids, os resultados da nova política de assistência farmacêutica que se inaugurou em 1996 começam a aparecer logo, com uma importante redução da letalidade, da mortalidade e das taxas de hospitalização, com impacto importante nos gastos do programa e nos custos sociais associados à doença. Em relação à situação da assistência farmacêutica pública, em geral, os resultados animadores ainda tardaram.

Em dezembro de 2002, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), depois de avaliar a disponibilidade de 61 medicamentos selecionados da Rename, em 50 unidades do SUS, de 11 cidades do País, constatou que o Sistema não consegue garantir sequer os medicamentos essenciais. Segundo o estudo, a rede pública de saúde falhava em garantir o acesso da população a medicamentos para tratar doenças como diabetes, asma, hipertensão e transtornos mentais. Em média, só 55,4% dos medicamentos pesquisados foram encontrados. O país que garantiu o acesso universal aos medicamentos contra a aids – e recebeu o reconhecimento internacional por isso – não consegue disponibilizar medicamentos básicos para doenças e problemas mais simples e baratos de tratar, como gonorréia, hipertensão, diabetes e infestação por piolhos.

Segundo o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os recursos para a assistência farmacêutica eram insuficientes, porque alguns estados não têm investido o devido.

O problema não é apenas de descumprimento de contrato entre estados e Ministério da Saúde quanto ao aporte de contrapartida dos primeiros. É bem mais grave e passa pela enorme deficiência da infraestrutura material e de recursos humanos das secretarias de saúde: depósitos e centrais de abastecimento e distribuição insuficientes e mal equipados, insuficiência de recursos humanos, tanto em quantidade quanto em qualidade, e planejamento e gestão não profissional, entre outros.

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS mobilizou, em 2002, três bilhões de reais.

17 de julho de 2006

17 Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras.

3.4 - A política de incentivo aos medicamentos genéricos no Brasil (2003)

Antecedentes

A Lei de Patentes permite que cerca de 80% dos medicamentos disponíveis no mercado brasileiro tenham versões genéricas.

O incentivo aos genéricos, no âmbito da Política de Medicamentos dos últimos anos do Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, propunha-se como estratégia para, ao mesmo tempo, aumentar o acesso e o uso racional dos medicamentos e funcionar como mecanismo de regulação de preços.

O movimento no sentido da implementação de uma tal política favorecedora da entrada dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro tem, no entanto, sua origem bem mais remota.

O reconhecimento de que a adoção das denominações genéricas, não apenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas em todo o universo da assistência e do comércio farmacêutico nacionais, constitui um mecanismo efetivo de regulação de preços dos medicamentos levou a sua adoção como política, em 1993 – transcendendo o setor saúde e contando com o apoio da área econômica do governo.

Em 5 de abril daquele ano¹⁸, foram alterados dispositivos das Leis nºs 5.991, de 1973, e 6.360, de 1976, e seus regulamentos, tornando obrigatória a utilização da “denominação genérica do medicamento” – conhecida oficialmente, em nosso meio, como “Denominação Comum Brasileira” ou DCB – nas receitas; nos editais, propostas licitatórias, contratos e notas fiscais utilizados nas compras e licitações de medicamentos realizadas pela Administração Pública; e nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos ou qualquer outro tipo de material de divulgação e informação médica, referentes a medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. A implementação dessa medida não se fez, no entanto, sem resistências, e a efetivação da política de estímulo ao medicamento genérico só veio a acontecer em 1999, com a entrada em vigor da Lei dos Genéricos¹⁹.

É verdade que a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria nº 3.916, de 1998, já contemplava, como uma de suas prioridades, a promoção do uso de medicamentos genéricos, no entanto faltavam-lhe base legal e meios materiais.

A promoção dos genéricos, no âmbito dessa política, deveria ser alcançada por meio do:

- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;
- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

¹⁸ Decreto nº 793, de 1993 – “o Decreto dos Genéricos”.

¹⁹ Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos.

- levantamento e utilização da infraestrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de equivalência farmacêutica e de bioequivalência, disponível na rede de laboratórios;
- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;
- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o território nacional.

A Lei dos Genéricos

A Lei dos Genéricos, de 1999, instituiu um conjunto de mecanismos de incentivo ao registro, ao uso e à comercialização desses medicamentos, que incluem:

a obrigatoriedade de ser adotada a DCB nas aquisições de medicamentos feitas no âmbito do SUS, qualquer que seja a modalidade de compra, o que favorece os genéricos — sempre de menor preço que os medicamentos de referência;

a obrigatoriedade de dar preferência a medicamentos genéricos sobre os demais em condições de igualdade de preço, nas aquisições de medicamentos feitas no âmbito do SUS;

a obrigatoriedade de ser adotada a DCB nas prescrições médicas e odontológicas feitas no âmbito do SUS — liberando o consumidor para se for comprar esses medicamentos em uma farmácia pública, escolher entre as opções (referência, similar ou genérico) a que melhor lhe convier e permitindo que o fator preço favoreça a escolha do genérico, mais barato quase sempre; e

a autorização para que o Poder Executivo promova medidas especiais, relacionadas com o registro, a fabricação, o regime econômico-fiscal, a distribuição e a dispensação de medicamentos genéricos, com vistas a estimular sua adoção e uso no País.

Os primeiros registros de medicamentos genéricos ocorreram em fevereiro de 2000 e a efetiva comercialização foi iniciada em junho daquele ano.

Em apoio à efetividade dessa política, várias estratégias complementares foram implementadas pelo governo, entre as quais:

- a facilitação e agilização dos procedimentos, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para o registro de medicamentos genéricos prioritários;

- o apoio técnico e financeiro à indústria nacional interessada em produzir medicamentos genéricos, por meio da criação, junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), de linha de financiamento específica para indústrias e laboratórios;

- a implementação de ações de comunicação social, de informação e de educação dirigidas a prescritores, farmacêuticos e – principalmente – para a população, e, por fim,

- uma série de outras ações na área da vigilância sanitária.

A política de apoio financeiro à indústria nacional resultou no investimento, nos últimos três anos, de cerca de 500 milhões de reais no setor e na geração de cerca de 3.900 novos empregos.

A divulgação dos medicamentos genéricos junto a médicos e outros profissionais de saúde e a veiculação de campanhas de comunicação social dirigidas à população, divulgando esses medicamentos, tiveram a atenção dedicada do governo durante os primeiros anos de implementação

da política – sendo abandonada, posteriormente, como estratégia –, disso resultando que, enquanto o mercado farmacêutico como um todo apresentava queda nas vendas da ordem de 11% ao ano, o mercado de genéricos cresceu 12% ao mês e passou de dois para cinco milhões de unidades vendidas, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2002.²⁰

Nesse ano (2002) os genéricos representaram 8,8% do faturamento das farmácias do País (1)

Atualmente têm registro na Anvisa, como genéricos, 56 classes terapêuticas, capazes de atender a mais de 60% das prescrições médicas, 237 princípios ativos e 822 medicamentos genéricos, produzidos por 38 empresas, 25 das quais nacionais.

Essa política beneficiou algumas empresas do setor farmacêutico, principalmente as de capital nacional, que passaram a atuar no novo segmento e logo conquistaram participação considerável. A entrada, posteriormente, no mercado de multinacionais com tradição no segmento de genéricos acirrou a concorrência.

Hoje, as indústrias nacionais produtoras de genéricos dominam o mercado em 74%, em valor, e em 77%, em unidades. Os laboratórios do setor tiveram faturamento de 61 milhões de dólares em 2001, de 225, em 2002, e estimam um faturamento da ordem de 300 milhões de dólares em 2003 (2), gerando cerca de 6 mil empregos diretos.²¹

Segundo a Anvisa, no último ano, o número de registros de medicamentos genéricos cresceu 41% (1).

Os medicamentos genéricos representavam, em maio de 2003, 7,5% de participação em volume de vendas e 5,9% em valor do mercado farmacêutico, segundo a Pró-genéricos, entidade que reúne os principais laboratórios do setor. (2)

A política de incentivo ao medicamento genérico como política de regulação de preços de medicamentos

Do ponto de vista econômico, o incentivo ao medicamento genérico representa um mecanismo de controle e de redução de preços de medicamentos, por favorecer o direito de escolha do consumidor, ao mesmo tempo em que liberta o médico do domínio das multinacionais farmacêuticas que impõem suas marcas e nomes comerciais.

A adoção dos nomes genéricos para identificar os medicamentos permite ao consumidor escolher, entre as várias marcas e nomes comerciais do medicamento que lhe foi prescrito, aquela de menor preço ou que lhe ofereça mais segurança ou outra vantagem. Permite, ainda, optar entre medicamentos de marca, similares e genéricos.

20 Esse crescimento, no entanto, não se manteve indefinidamente. O pico de venda de medicamentos genéricos foi alcançado em julho de 2002, com 7,2 milhões de unidades vendidas. De lá para cá, as vendas de genéricos vem caindo, alcançando 7% do total de medicamentos comercializados em dezembro de 2003. É bem verdade que as vendas do setor farmacêutico estão apresentando, desde há muito mais tempo, queda generalizada – da ordem de 14% no último ano –, refletindo a retração do poder de compra em geral da população. Os defensores dos genéricos, no entanto, identificam outros fatores contribuintes, entre eles o fato de o Governo ter deixado de fazer campanhas para promover os genéricos e a veiculação de críticas à “falta de efeito” e à ocorrência de reações adversas graves veiculadas pela imprensa, e qualificadas pelos defensores da política – os fabricantes nacionais – como fatos pontuais e “tratamento equivocado” por parte da imprensa.

21 As empresas nacionais dominam em todo o País. Gazeta Mercantil, 10/07/2003.

Com uma política como a instituída no País com a Lei dos Genéricos, a redução de preços decorre:

- da ampliação da possibilidade de competição por preços – já que o médico não prescreve marcas de medicamentos, mas princípios ativos, e o consumidor pode escolher livremente o produto que mais lhe convier –;
- da introdução de novos produtos mais baratos no mercado – os medicamentos genéricos –;
- da redução dos custos de publicidade – que, no nosso meio, se estima, podem chegar a até 40% do custo final do produto.

Nos Estados Unidos e em países europeus – que já adotam políticas similares há mais de vinte anos – os produtos genéricos, hoje, ocupam parcela significativa do mercado²², em decorrência da diferença de preços entre produtos de marca e genéricos, que varia de não menos de 20% a, em alguns casos, 70%.

No Brasil, resultados idênticos se fizeram sentir: três anos após os primeiros registros de medicamentos genéricos, não apenas esses medicamentos eram, em média, 40% mais baratos do que os correspondentes de marca (3), como uma avaliação da Anvisa mostra uma redução entre 37% e 65% no custo dos tratamentos de seis doenças e condições de elevada prevalência no País (hipertensão, diabetes, controle do colesterol, gota, câncer de próstata e glaucoma). (4)

Pesquisa realizada pela Pró-genéricos mostrou resultados semelhantes: o tratamento da hipertensão caiu até 53%; o do diabetes, 37%; os do glaucoma e da gota, 40%; o da hiperplasia prostática benigna, entre 43 e 44%.²³

Tiverem, ademais, influência importante na redução do preço dos seus congêneres de marca: entre 1999 e 2001, os medicamentos de referência de genéricos tiveram uma queda real, já descontada a inflação, de 7,93% nos seus preços, em média (5)

No Brasil, como na Europa e nos Estados Unidos, a política de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos tem se mostrado um mecanismo eficaz de regulação do preço dos remédios.

Em vista da importância estratégica desse segmento, tanto o governo norte-americano como a União Européia aprovou, em seus respectivos parlamentos, leis no sentido de favorecer a entrada no mercado e o uso de medicamentos genéricos, e de baratear seu custo. (6), (7).

²² 35% na Dinamarca; 28%, na Alemanha; 20%, nos Estados Unidos; 18%, no Reino Unido; 13%, na Holanda.

²³ Redução no custo dos medicamentos. Gazeta Mercantil, 10/07/2003.

A política de incentivo aos genéricos como estratégia de ampliação do acesso da população a medicamentos

Ainda que tenha realmente promovido uma diminuição significativa do preço de vários medicamentos – avaliada em, pelo menos, 40%, no caso brasileiro, – a política de medicamentos genéricos parece estar alcançando o limite da sua eficácia em relação ao objetivo de ampliar o acesso ao medicamento; limite esse que é dado pela piora do poder aquisitivo do povo.

Entre março de 2002 e março de 2003, o mercado de genéricos cresceu 40%, em receita, contra uma queda de 11% da indústria de medicamentos como um todo (2).

Esse crescimento dos genéricos, no entanto, não se manteve indefinidamente. O pico de venda de medicamentos genéricos foi alcançado em julho de 2002, com 7,2 milhões de unidades vendidas. De lá para cá, as vendas de genéricos estacionaram ou mesmo caíram, só retomando aquele volume de vendas em abril deste ano (2003), quando foram responsáveis por 6,7% do total de medicamentos comercializados, com 7,3 milhões de unidades.

É bem verdade que as vendas do setor farmacêutico estão apresentando, desde há muito mais tempo, queda generalizada – da ordem de 14% no último ano –, refletindo a retração do poder de compra em geral da população.

Apesar do crescimento do consumo de genéricos, o consumo de medicamentos em geral vem reduzindo-se, nos últimos anos, sendo que, entre 2000 e 2002, o total de unidades vendidas caiu 5%.

Pesquisa divulgada pela Associação Pró-genéricos, que reúne os fabricantes nacionais desses produtos, revela que cerca de 50% das receitas não são aviadas por que as pessoas para quem foram passadas – clientes do SUS ou de planos de saúde – não dispõem do dinheiro suficiente para adquirir os medicamentos indicados.

Dados recentes da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) mostram que, nos últimos meses, também as vendas de genéricos mostraram retração (1).

Os defensores dos genéricos, no entanto, identificam outros fatores contribuintes, entre eles, o fato de o Governo ter deixado de fazer campanhas para promover os genéricos e a veiculação, pela imprensa, de críticas à “falta de efeito” e à ocorrência de reações adversas graves, qualificadas pelos defensores da política – os fabricantes nacionais – como fatos pontuais e “tratamento equivocado” por parte da imprensa.

Um estudo realizado pela Anvisa, cujos resultados foram publicados em abril passado²⁴, mostrou que os maiores empecilhos ao incremento do consumo de genéricos são a orientação médica – apenas 9% das receitas estudadas traziam o nome genérico do medicamento – e a falta de informação dos consumidores. Segundo essa mesma fonte, 30% dos médicos brasileiros resistem a prescrever genéricos.

24 Genéricos. Gazeta Mercantil, 15 abr. 2003.

Pontos a aprimorar na política de genéricos

Em maio de 2003, foi realizada uma audiência pública sobre assistência farmacêutica, pela Subcomissão Temporária da Saúde, do Senado Federal, onde foram feitas sugestões para o aprimoramento da legislação que trata da matéria e, principalmente, da fiscalização de seu cumprimento.

Na esfera legislativa, foram feitas duas sugestões. A primeira delas consistindo na apresentação de proposição legislativa para “aprimorar a Lei dos Genéricos”, em razão da necessidade de ajustes e aperfeiçoamentos – que não foram explicitados – que a experiência de implementação da política de incentivo ao registro e ao uso de genéricos evidenciou.

Foi sugerido, também, apresentar proposição legislativa para revogar o parágrafo único do art. 7º do Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 (Lei dos Genéricos), para impedir contradição com a citada lei em aspectos de rotulagem de medicamentos. Sugestão que procede, uma vez que o regulamento colide com disposições da lei.

Na esfera fiscalizadora, foi proposto fazer cumprir o parágrafo único do art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, com a redação dada pela Lei dos Genéricos (Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999), que determina que “os medicamentos que ostentam nome comercial ou marca ostentarão também, obrigatoriamente com o mesmo destaque e de forma legível, nas embalagens e materiais promocionais, a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional em letras e caracteres cujo tamanho não será inferior a um meio do tamanho das letras e caracteres do nome comercial ou marca”.

Em especial, seria útil ouvir a opinião dos especialistas participantes sobre que dispositivos da Lei dos Genéricos devem ser aprimorados e de que natureza devem ser essas alterações.

Também está por definir o futuro dos medicamentos similares no mercado brasileiro e o que deve ser mudado ou aprimorado na regulamentação desse segmento, incluindo uma decisão sobre o que seria útil de estar contemplado na legislação federal sobre essa matéria.

A permissão de registro, no Brasil, de medicamentos genéricos importados com base em laudos de estudos de equivalência farmacêutica e de bioequivalência emitidos por laboratórios dos países de origem ou outros, estrangeiros, não participantes da Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos de Saúde, deve ser mantida no atual estágio de implementação da política de genéricos, ou deveria ser exigido que esses testes se realizassem nos laboratórios credenciados pela Anvisa?

Esse aspecto é importante o suficiente para estar contemplado em lei federal ou deveria ser deixado – como está agora – para regulamentação por meio de norma infra legal (resolução da Anvisa ou portaria do Ministro da Saúde)?

Por fim, outro ponto para reflexão é a regulamentação das versões genéricas dos novos fármacos produzidos por engenharia genética e o quão longe está no futuro e até que ponto esse é um problema que deve preocupar o legislador brasileiro.

11 de setembro de 2003.

Referências

1. Orsini, S. Participação de genérico cai para 7,6%. InvestNews, 10/07/2003.
2. Nascimento, I. Pró-genéricos lança campanha para crescer. Gazeta Mercantil, 30/05/2003
3. Orsini, S. Genérico facilita tratamentos de doenças crônicas. Gazeta Mercantil, 28/05/2003
4. Orsini, S. Estudo mostra impacto nos custos de tratamentos. Gazeta Mercantil, 18/06/2003.
5. Nishijima, M. A Análise Econômica dos Medicamentos Genéricos no Brasil. (Tese) Faculdade de Economia da Universidade de São Paulo, 2003.
6. Rogers, A. An innovative challenge to the pharmaceutical industry. The Lancet (Editorial), 2 nov. 2002
7. Rogers, A. Europe Parliament approves pharm law overhaul. The Lancet, 2 nov. 2002.

A política de incentivo aos medicamentos genéricos no Brasil (2003)

Ainda que a Lei de Patentes permitisse que cerca de 80% dos medicamentos disponíveis no mercado brasileiro tenham versões genéricas, os primeiros registros de medicamentos genéricos só ocorreram em fevereiro de 2000 e sua efetiva comercialização só foi iniciada em junho daquele ano.

Em apoio à efetividade dessa política, várias estratégias complementares foram implementadas pelo governo, entre as quais a facilitação e agilização dos procedimentos, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para o registro de medicamentos genéricos prioritários; o apoio técnico e financeiro à indústria nacional interessada em produzir genéricos, por meio da criação, junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), de linha de financiamento específica para indústrias e laboratórios; e de ações de comunicação social, de informação e de educação dirigidas a prescritores, farmacêuticos e – principalmente – para a população, e, por fim, em uma série de ações de na área da vigilância sanitária.

A política de apoio financeiro à indústria nacional resultou no investimento, nos últimos três anos, de cerca de 500 milhões de reais no setor e na geração de cerca de 3.900 novos empregos.

A divulgação dos medicamentos genéricos junto a médicos e outros profissionais de saúde e a veiculação de campanhas de comunicação social dirigidas à população, divulgando esses medicamentos, tiveram a atenção dedicada do governo durante os primeiros anos de implementação da política, disso resultando que, enquanto o mercado farmacêutico como um todo apresentava queda nas vendas da ordem de 11% ao ano, o mercado de genéricos cresceu 12% ao mês e passou de dois para cinco milhões de unidades vendidas, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2002.

Esse crescimento, no entanto, não se manteve indefinidamente. O pico de venda de medicamentos genéricos foi alcançado em julho de 2002, com 7,2 milhões de unidades vendidas. De lá para cá, as vendas de genéricos vem caindo, sendo, hoje responsáveis por 7% do total de medicamentos comercializados.

É bem verdade que as vendas do setor farmacêutico estão apresentando, desde há muito mais tempo, queda generalizada – da ordem de 14% no último ano –, refletindo a retração do poder de compra em geral da população.

Os defensores dos genéricos, no entanto, identificam outros fatores contribuintes, entre eles o fato de o Governo ter deixado de fazer campanhas para promover os genéricos e a veiculação de críticas à “falta de efeito” e à ocorrência de reações adversas graves veiculadas pela imprensa, e qualificadas pelos defensores da política – os fabricantes nacionais – como fatos pontuais e “tratamento equivocado” por parte da imprensa.

Ainda que tenha realmente promovido uma diminuição significativa do preço de vários medicamentos – avaliada em, pelo menos, 40% – a política de medicamentos genéricos parece estar alcançando o limite da sua eficácia em relação ao objetivo de ampliar o acesso ao medicamento. Esse limite é dado pela piora do poder aquisitivo do povo. Pesquisa divulgada pela Associação Pró-genéricos, que reúne os fabricantes nacionais desses produtos, revela que cerca de 50% das

receitas não são aviadadas por que as pessoas para quem foram passadas – clientes do SUS ou de planos de saúde – não dispõem do dinheiro necessário.

Atualmente mais de 700 medicamentos genéricos tem registro na Anvisa, produzidos por 37 empresas.

Do ponto de vista econômico, o incentivo ao medicamento genérico representa um mecanismo de controle e de redução de preços de medicamentos, por favorecer o direito de escolha do consumidor, ao mesmo tempo em que liberta o médico do domínio das multinacionais farmacêuticas que impõem suas marcas e nomes comerciais.

A adoção dos nomes genéricos para identificar os medicamentos permite ao consumidor escolher, entre as várias marcas e nomes comerciais do medicamento que lhe foi prescrito, aquela de menor preço ou que lhe ofereça mais segurança ou outra vantagem. Permite, ainda, optar entre medicamentos de marca, similares e genéricos.

Com uma política como a instituída no País com a Lei dos Genéricos, a redução de preços decorre da ampliação da possibilidade de competição por preços, já que o médico não prescreve marcas de medicamentos, mas princípios ativos, e o consumidor pode escolher livremente o produto que mais lhe convier; da introdução de novos produtos mais baratos no mercado – os medicamentos genéricos –; e da redução dos custos de publicidade que, no nosso meio, se estima, podem chegar a até 40% do custo final do produto.

Nos Estados Unidos e em países europeus – que já adotam políticas similares há mais de vinte anos – os produtos genéricos, hoje, ocupam 35% do mercado, em decorrência da diferença de preços entre produtos de marca e genéricos, que varia de não menos de 20% a, em alguns casos, 70%.

No Brasil, resultados similares se fizeram sentir: dois anos após os primeiros registros de medicamentos genéricos, não apenas esses medicamentos eram, em média, 40% mais baratos do que os correspondentes de marca, como uma avaliação da Anvisa mostrava uma redução entre 37% e 65% no custo dos tratamentos de seis doenças e condições de elevada prevalência no País (hipertensão, diabetes, controle do colesterol, gota, câncer de próstata e glaucoma).

No Brasil, como na Europa e nos Estados Unidos, a política de incentivo ao registro e ao uso de medicamentos genéricos tem se mostrado um mecanismo eficaz de regulação do preço dos remédios.

13 de janeiro de 2003

CAPÍTULO 4 – DROGAS E LEGISLAÇÃO

4.1 Como a legislação brasileira denomina as substâncias psicoativas

Introdução

A primeira norma jurídica brasileira sobre drogas data de 1931, quando o Congresso aprovou o texto de uma convenção para limitar o fabrico e regulamentar a distribuição de *entorpecentes*, que o Brasil tinha assinado em Genebra, em 13 de julho daquele ano. Desde então, um número grande de outras normas jurídicas foi proposto, apreciado, aprovado e entrou em vigor.

A lei que regulamenta a matéria, atualmente, data de 1976 e é conhecida como Lei de Entorpecentes ou Lei de Tóxicos¹. Em 1991, no entanto, iniciou-se, na Câmara de Deputados, processo de revisão dessa lei². Sete projetos de lei foram apresentados e uma comissão especial foi formada para apreciá-los, do que resultou um substitutivo que, em 1996, foi à revisão pelo Senado Federal, onde permanece em tramitação³.

Essa proposição legislativa objetiva regular ‘a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de entorpecentes e drogas afins’ e, como as leis, decretos, acordos e demais normas jurídicas que a antecederam, utiliza termos e expressões variados nem sempre precisos, do ponto de vista técnico, para tratar de matéria tão sensível.

Para começar, a ementa propõe ações não apenas não cabíveis como não contidas no texto da lei: não tem sentido promover a ‘prevenção’ nem o ‘tratamento’ do tráfico ilícito – contra o que só cabe a repressão –, da mesma forma que é impraticável a ‘fiscalização’ quer do tráfico quer do uso indevido.

Mas esse não é o problema maior do texto que não apenas adia a definição do que sejam essas ‘substâncias entorpecentes e drogas afins’ para ser feita ‘pelo órgão competente do Ministério da Saúde’ como, no atual estágio de desenvolvimento da Farmacologia, ainda utiliza termos tão vagos e pouco precisos em texto de norma legal de tal importância.

Na tentativa de melhor entender o fenômeno da denominação das drogas – um tema tabu na nossa cultura –, um levantamento foi realizado na legislação brasileira sobre essa matéria.

1 Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 (Lei de Entorpecentes ou Lei de Tóxicos), que ‘dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica’.

2 Projeto de Lei nº 1.873, de 1991.

3 Projeto de Lei da Câmara nº 105, de 1996.

Do ponto de vista metodológico, o levantamento consistiu na revisão de todos os itens da base de dados 'NJUT', do Sistema de Informações do Congresso Nacional (SICON), tratando de identificar todas as normas legais sobre a matéria.

A base de dados 'NJUT' reúne normas jurídicas editadas desde 1946 e as anteriores ainda em vigor. A recuperação das informações pode ser feita usando-se, como argumento de pesquisa, o assunto, o número da norma jurídica, datas e/ou quaisquer outras palavras⁴ que constem do documentos. Todos os argumentos de busca podem ser utilizados individualmente ou combinados entre si. Nesse levantamento, utilizou-se, como argumento de pesquisa, as palavras 'droga', 'entorpecente' e 'tóxico', pesquisando em todo o período coberto pela base de dados.

O objetivo era de esclarecer como nossa legislação vem denominando as substâncias psicoativas, de 1930 para cá.

Antecedentes da questão terminológica

A dificuldade em adotar uma palavra que exprima o conjunto ou algum dos princípios ativos, naturais ou sintéticos, que os homens vêm utilizando – desde tempos imemoriais⁶ – para fruir estados de bem estar e euforia que esses propiciam ou para obter modificações de humor, sentimentos e pensamentos – e deixando-se a eles acostumar – parece ser um problema tanto para as pessoas em geral como para legisladores que vêm tratando dessa matéria, uma vez que um sem número de nomes e expressões têm sido usados e reutilizados historicamente, geralmente de forma inapropriada.

Os farmacologistas⁷, por outro lado, não têm tido, em geral, dificuldades em adotar a palavra 'droga' para designá-las. Em Farmacologia, 'droga' é qualquer substância química que afeta o processo vital (1). Para as demais pessoas, no entanto, isto é um problema, tendo sido utilizadas palavras que não correspondem ao sentido que têm para os farmacologistas.

Assim, por exemplo, uma das denominações mais utilizadas – tóxico – nem sempre é adequada, uma vez que, na maioria das vezes, o efeito desejado não depende da intoxicação do usuário e em outras isto dificilmente ocorreria, pela própria natureza da droga ou da via de uso.

Também não é adequada a denominação 'drogas que causam dependência', uma vez que a maioria dos usuários não desenvolve dependência, ainda que isto possa ocorrer.

4 Palavra é qualquer conjunto de caracteres (letras, algarismos ou sinais especiais) antecedido e seguido por um espaço em branco.

5 Documento é um conjunto de dados de referência a um documento fonte, sendo que documento fonte é aquele no qual está publicado o conteúdo original seja de uma norma jurídica, seja de uma proposição, de um discurso, de uma súmula, de um acórdão, entre outros.

6 Não há dúvidas entre os historiadores que as drogas estiveram presentes na quase totalidade das sociedades humanas, desde os tempos pré-históricos. A esse respeito, Aldous Huxley afirma que 'o homem talvez tenha sido farmacologista antes de ser fazendeiro'.

7 A Farmacologia é definida como o estudo da interação dos compostos químicos com os organismos vivos. (SILVA, Penildon. Farmacologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989, p. 3.)

'Entorpecentes' é outra denominação ruim: a maioria das drogas utilizadas em nosso meio não o são para causar entorpecimento (isto é, depressão do Sistema Nervoso Central), mas, ao contrário, para estimular.

Nas décadas de 1960 e 1970, houve, em muitos países europeus e de língua inglesa, um amplo debate político-cultural sobre as experiências de alterações mentais induzidas pelo uso de LSD e substâncias similares – denominadas 'alucinógenas' –, no bojo do qual os termos 'psicoto-mimético', 'alucinógeno' e 'psicodélico' tomaram, frequentemente, conotações depreciativas ou desfavoráveis, enquanto o termo 'psicoativo' ganhava prestígio, de tal forma que o *Journal of Psychodelic Drugs* mudou seu nome para *Journal of Psychoactive Drugs*, em 1981.

Algumas classificações de substâncias psicoativas

A classificação da Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos do Conselho Nacional de Saúde

Da mesma forma que o projeto de lei que pretende alterá-la, a Lei de Tóxicos em vigor não determina o que são '*substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica*', delegando essa atribuição a 'órgãos especializados do Ministério da Saúde'. Dispõe ainda que os estabelecimentos hospitalares e clínicas que receberem dependentes de drogas para tratamento deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, mensalmente, um mapa estatístico de altas desses pacientes.

Para desincumbir-se dessa missão, a Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos, do Conselho Nacional de Saúde, houve por bem baixar resolução normativa (2) sobre as formas de fazer tais notificações e, em decorrência, definiu uma classificação das drogas cuja dependência exige-se a notificação.

Essa classificação tem nove categorias:

1. Tipo morfina (alcalóides do ópio e seus derivados; drogas sintéticas de efeitos morfínicos; heroína; metadona; ópio);
2. Tipo barbitúrico (barbitúricos; sedativos e tranqüilizantes não-barbitúricos com efeitos semelhantes; clordiazepóxido; diazepam; glutetimida; meprobamato);
3. Cocaína (folhas e derivados da coca);
4. Cannabis (haxixe; marijuana; maconha);
5. Tipo anfetamina e outros psicoestimulantes (metilfenidato; femetrazina);
6. Alucinógenos (LSD e derivados; mescalina; psilocibina);
7. Outras (abuso de absinto; aspiração de cola);
8. Associações de drogas tipo morfina e qualquer outra;
9. Associações excluindo drogas tipo morfina;
10. Não especificada.

A 'classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde'

Na seção 'do tratamento', o Projeto de Lei da Câmara 105, de 1996 (art. 11, § 2º) dispõe que os estabelecimentos hospitalares que receberem dependentes para tratamento devem encaminhar ao

Conselho Federal de Entorpecentes, do Ministério da Justiça (Confen), mês a mês, mapa estatístico dos casos atendidos, com indicação do código da doença, segundo 'a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)'.⁸

A citada classificação é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (3), referida, geralmente, como CID.

A CID-10 é a décima revisão dessa classificação, iniciada em 1893 e atualizada a cada dez anos. A CID-10 foi elaborada com o concurso de especialistas mundiais e centros colaboradores, aprovada pela Conferência Internacional para a Décima Revisão, realizada em 1989, e adotada pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde para entrar em vigor em 1º de janeiro de 1993.

Em nosso meio, a CID-10 passou a vigorar – em substituição à CID-9 – em 1º de janeiro de 1996, por força de portaria do Ministro da Saúde⁸.

As resoluções normativas da Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos do Conselho Nacional de Saúde que aprovam as instruções para o cumprimento de norma similar, presente na Lei de Entorpecentes em vigor, definem que o diagnóstico seja informado 'conforme especificações da CID', desde 1978.

As 'doenças' a que se refere o artigo 11 do PLC 105/96 correspondem, nessa classificação, aos 'transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de *substâncias psicoativas*', que recebem os códigos F10 a F19. O código F55 corresponde ao 'abuso de substâncias que não produzem dependências'.

Segundo explica o documento da OMS, 'este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias *substâncias psicoativas*, prescritas ou não por um médico'.

Os códigos incluem um dígito para identificar 'a substância implicada'.

Segundo essa classificação, os 'transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de *substâncias psicoativas*' são, assim, classificados em dez categorias, segundo a natureza da substância:

1. álcool;
2. opiáceos;
3. canabinóides;
4. sedativos e hipnóticos;
5. cocaína;
6. outros estimulantes, inclusive a cafeína;
7. alucinógenos;
8. fumo;
9. solventes voláteis e
10. múltiplas drogas e o uso de outras substâncias psicoativas.

8 Ministério da Saúde. Portarias nº 854, de 27 de abril de 1994, e 1.832, de 31 de outubro de 1994.

Classificação de Goodman & Gilman

O livro *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, editado pelos doutores Alfred Goodman Gilman, Louis S. Goodman, Theodore W. Rall e Ferid Murad, de largo uso pelos estudantes e profissionais de ciências da saúde em nosso País, utiliza uma classificação de drogas mais frequentemente encontradas em situações clínicas implicadas no que eles denominam 'adição a drogas e abuso de drogas'.

A classificação sugerida por esses autores para essas drogas é a seguinte:

1. opióides;
2. depressores do Sistema Nervoso Central: barbituratos, sedativos, hipnóticos e drogas correlatas;
3. álcool;
- simpaticomiméticos com ação sobre o Sistema Nervoso Central: anfetaminas, cocaína e drogas correlatas;
5. nicotina e tabaco;
6. canabinóides (maconha);
7. psicodélicos (alucinógenos, psicotomiméticos e psicotogênicos) e outras substâncias usadas para efeitos subjetivos (onde inclui inalantes, solventes, gases anestésicos e outras).

A classificação de Penildon Silva

O Dr. Penildon Silva é professor de Farmacologia de reconhecidos saber e mérito. Sua *Farmacologia* (4) é outro livro muito utilizado pelos médicos, farmacêuticos e estudantes dessas profissões, no Brasil.

No capítulo 'Abuso de Drogas', ele propõe uma classificação das '*drogas que podem causar dependência*':

1. estimulantes do Sistema Nervoso Central
 - a. cocaína;
 - b. anfetaminas e análogos;
2. depressores do Sistema Nervoso Central
 - a. álcool etílico;
 - b. hipnóticos (barbitúricos e não-barbitúricos); ansiolíticos (também denominados tranquilizantes menores e sedativos);
 - d. hipnoanalgésicos (opiáceos e não-opiáceos);
3. alucinógenos;
4. preparações da *Canabis sativa* (maconha e outras);
5. fumo (tabaco);
6. substâncias diversas (incluindo drogas atropínicas e inalantes)

A classificação utilizada nos estudos sobre consumo de drogas psicotrópicas no Brasil

No nosso meio, o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes vem sendo monitorado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Escola Paulista de Medicina, de São Paulo (Cebrid), pela realização, desde 1987, de levantamentos sistemáticos do uso de drogas por estudantes de primeiro e segundo grau e meninos de rua.

Esses estudos⁹ utilizam a denominação '*psicotrópicos*' ou '*drogas psicotrópicas*' e pesquisam o uso das seguintes drogas:

1. álcool;
2. tabaco;
3. maconha;
4. cocaína;
5. estimulantes;
6. solventes;
7. tranqüilizantes;
8. opiáceos;
9. xaropes;
10. alucinógenos e
11. barbitúricos.

As drogas mais frequentemente utilizadas por estudantes das redes estaduais de ensino das capitais, atualmente, são álcool, tabaco, solventes, ansiolíticos, maconha e anfetaminas. Entre meninos de rua as drogas mais consumidas são o tabaco, os inalantes, a maconha e o álcool. O uso de cocaína (crack) por meninos de rua foi encontrado apenas nas cidades da Região Sudeste (5).

A posição do Ministério da Saúde

Para a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Corsam), as melhores denominações para as substâncias de que estamos tratando seriam as de '*drogas psicotrópicas*' e '*substâncias psicotrópicas*'¹⁰.

'*Drogas psicotrópicas*', na conceituação defendida pela Corsam, seriam aquelas que provocam algum tipo de alteração no Sistema Nervoso Central, com o poder de provocar dependência.

'*Psicotrópico*' tem o mesmo significado de 'psicoativo', isto é, que afeta processos mentais.

Em termos estritos, '*droga psicotrópica*' é qualquer agente químico com ação primária ou mais significativa no Sistema Nervoso Central.

9 CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Escola Paulista de Medicina. Os estudos referidos, realizados com o apoio dos Ministérios da Saúde e Justiça e do Fundo das Nações Unidas para o Controle do Abuso de Drogas, foram publicados a cada dois anos, desde 1987, pela própria Escola Paulista de Medicina (São Paulo) ou pelo Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Brasília).

10 MINISTÉRIO DA SAÚDE / Coordenação de Saúde Mental. Manual de Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas. Brasília: Centro de Documentação, 1991.

No contexto do controle internacional de drogas, a expressão '*substâncias psicotrópicas*' refere-se a substâncias controladas pela Convenção de *Substâncias Psicotrópicas* de 1971.

Denominações utilizadas pelos legisladores brasileiros

A primeira vez que a nossa lei tratou do assunto foi em 1931, quando o Congresso aprovou o texto da convenção para limitar o fabrico e regulamentar a distribuição de *entorpecentes*, que o Brasil tinha assinado em Genebra, em 13 de julho daquele ano.

Daquela data até 1955, nossa legislação usou a denominação '*entorpecentes*' para a promulgação de uma Lei de Fiscalização de *Entorpecentes* de 1938¹¹; para sua regulamentação, em 1941, e sua alteração, em 1946¹², mas também em um decreto, de 1949¹³, e uma lei, de 1955, instituindo uma patrulha costeira¹⁴. Um protocolo modificativo das 'convenções internacionais sobre *entorpecentes*', assinado em Nova York em 1946, foi promulgado em 1950.

O Código Penal, que é de 1940¹⁵, no entanto, não segue esse padrão, usando ora a denominação '*entorpecentes e drogas afins*' (art. 83, V); ora '*substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*' (art. 278, § único); ora '*substâncias entorpecentes*' (artigos 281, *caput* e §§ 2º, 3º e 4º); ora '*substâncias entorpecentes ou drogas afins*' (art. 288, § único).

Provavelmente induzidos pela utilização dessas denominações presentes no Código Penal, a legislação posterior passou a adotá-las alternadamente, sem um critério específico, mas não se restringiu a elas.

O termo '*droga*' apareceu pela primeira vez em nossa legislação em 1959, quando um decreto legislativo aprovou um 'protocolo para o controle internacional de *drogas* não incluídas na convenção de 1931'¹⁶, e, posteriormente, em 1962, em um decreto¹⁷.

Nos anos de 1962 e 1964 três normas utilizam ou a denominação '*entorpecente*' (como no decreto que cria a Comissão Nacional de Fiscalização de *Entorpecentes*, de 1963) ou ambas: '*droga*' e '*entorpecente*'.

Em 1968, a lei que altera o Código Penal reintroduz a denominação '*entorpecentes*', mas, em 1969, aparece uma nova denominação: '*tóxico*'. Trata-se do Decreto-lei nº 753, de 11/8/69, sobre '*produtos entorpecentes e seus equiparados*', referindo-se a eles, em seu texto, quer como '*drogas*', quer como '*tóxicos*'.

O Código Penal Militar, dessa época¹⁸, no entanto, mantém a tradição de designá-las, em dois de seus artigos, '*substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica*' (art. 290 e 291).

11 Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938 (Lei de Fiscalização de Entorpecentes).

12 Decreto-lei nº 3.114, de 13 de março de 1941, e Decreto nº 8.646, de 11 de janeiro de 1946.

13 Decreto nº 26.315, de 5 de fevereiro de 1949.

14 Lei nº 2.419, de 10 de fevereiro de 1955.

15 Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

16 Decreto Legislativo nº 5, de 25 de junho de 1959.

17 Decreto nº 51.639, de 21 de dezembro de 1962.

18 Decreto-lei nº 1.001, de 21 de outubro de 1969.

Uma nova denominação só irá aparecer em 1973. Até lá, a lei brasileira continuará utilizando, predominantemente, as denominações de '*substâncias entorpecentes*' e de '*substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*'.

Foi assim com a Lei nº 5.726, de 1971, e seu decreto regulamentador¹⁹, dispendo sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de *substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica* e o Código de Processo Civil, de 1973²⁰.

Eventualmente, aparecem, nos textos da Lei 5.726/71 e de seu regulamento, as palavras '*tóxico*' e '*droga*'.

Em 1973, uma resolução da Câmara dos Deputados aprovou a realização de uma Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar o tráfico e uso de '*substâncias alucinógenas*' e um decreto legislativo aprovou o texto de um acordo latino-americano sobre '*entorpecentes e psicotrópicos*'²¹.

A denominação '*substâncias alucinógenas*' nunca mais será utilizada; o termo '*psicotrópico*' e a expressão '*substâncias psicotrópicas*', no entanto, voltarão a ser utilizados no Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que dispõe sobre a organização da Vigilância Sanitária, mantendo-se como uma das alternativas mais utilizadas para denominar drogas, em nossa legislação.

A legislação promulgada na década de 1970 utiliza, assim, predominantemente as denominações '*entorpecentes*', '*substância entorpecente*', '*substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica*' e, no final do período, '*psicotrópicos*'.

É de ressaltar que, em 1976, foi promulgada a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que ficou conhecida por dois nomes: '*Lei de Entorpecentes*' e '*Lei de Tóxicos*'. Essa lei permanece em vigor e é pelo seu aperfeiçoamento que tramita no Senado o Projeto de Lei da Câmara nº 105, de 1996, que a revoga, oferecendo novo regulamento para '*a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de entorpecentes e drogas afins*'.

Em 1979 um decreto promulgou um acordo, firmado entre o Brasil e a Venezuela, de assistência recíproca para a repressão do tráfico ilícito de '*drogas que produzam dependência*'. Neste ano também foi promulgada a Lei Orgânica da Magistratura Nacional²² que, quando trata do assunto, usa as denominações '*tóxicos*' e '*entorpecentes*'.

Durante a maior parte da década de 1980, nossa legislação voltou a usar, exclusivamente, duas denominações: '*entorpecentes*' e '*substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*' (Lei dos Estrangeiros, de 1980, e sua regulamentação²³; o decreto que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de *Entorpecentes*²⁴, e os vários outros, do período considerado, que alteraram a composição de cargos do Conselho Federal de *Entor-*

19 Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, e Decreto nº 69.854, de 27 de dezembro de 1971.

20 Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973.

21 Resolução da Câmara dos Deputados nº 47, de 22 de outubro de 1973.

22 Lei Complementar nº 35, de 14 de março de 1979.

23 Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981.

24 Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.

pecentes, além de uma lei, de 1986, que obriga a ‘realização de campanha educativa pelo rádio e televisão sobre os efeitos nocivos do uso de *entorpecentes*, e o decreto que a regulamentou²⁵).

Em 1986, uma nova denominação foi introduzida na legislação brasileira sobre a matéria: ‘*drogas de abuso*’. Tal denominação foi introduzida pela Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, que criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às *Drogas de Abuso*, dispendo, também sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de *drogas* ou atividades correlatas.

Em seu texto utiliza predominantemente a expressão ‘*drogas de abuso*’, mas também ‘*drogas*’, ‘*drogas e medicamentos controlados*’ e ‘*drogas e produtos controlados*’.

A expressão ‘*drogas de abuso*’ só voltaria a ser usada em um dispositivo legal²⁶ uma única vez, em 1996,

Em 1988, a Constituição Federal introduziu a expressão ‘*entorpecentes e drogas afins*’ (artigos 5, XLIII e LI; 144, § 1º, II; 227, §3º, VII e 243, § único), mas ela não pegou, tanto que só foi usada, posteriormente, duas vezes: num decreto de 1990²⁷ – que dispunha expulsar o estrangeiro condenado por tráfico de *entorpecentes e drogas afins* – e no decreto que definia a nova estrutura do Ministério da Justiça, de 1996, sendo que, nesse último, apenas em um de seus dispositivos, utilizando outras denominações nos demais²⁸.

Assim que, já em 1989, um decreto legislativo²⁹ aprovou outro acordo, firmado entre o Brasil e a Guiana, sobre prevenção, controle, fiscalização e repressão ao uso indevido e ao tráfico ilícito de ‘*entorpecentes e substâncias psicotrópicas*’, denominação essa que passou a ser usada com exclusividade em todos os demais decretos e decretos legislativos que aprovam acordos internacionais, desde então, em número de três, em 1990; de cinco, em 1991; de quatro em 1992; de cinco, em 1995 e de três, em 1996.

Os acordos do final de 1996 e início de 1997, no entanto, voltaram a referirem-se tão somente a ‘*entorpecentes*’.

Na década de 1990, com a exceção citada acima, as denominações preferidas têm sido ‘*entorpecentes*’ e ‘*substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica*’.

É assim que se refere o Estatuto da Criança e do Adolescente³⁰ cujo artigo 19 institui o direito de toda criança ou adolescente ser criado e educado em um ambiente livre da presença de ‘*substâncias entorpecentes*’ e cujo artigo 243 define como crime vender, fornecer ministrar ou entregar a criança ou adolescente ‘*produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica*’.

É assim também que se referem a lei que organiza a Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, de 1991³¹; a lei que cria o Conselho Federal de *Entorpecentes*, junto ao Ministério da Justiça,

25 Lei nº 7.468, de 28 de abril de 1986, e Decreto nº 93.084, de 7 de agosto de 1986.

26 Decreto nº 1.796, de 24 de janeiro de 1996, artigo 18.

27 Decreto nº 98.961, de 15 de fevereiro de 1990.

28 Decreto nº 1.796, de 24 de janeiro de 1996, artigo 18.

29 Decreto Legislativo nº 80, de 16 de dezembro de 1989.

30 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

31 Lei nº 8.185, de 14 de maio de 1991.

de 1992³² e a que cria a Secretaria Nacional de *Entorpecentes*, junto àquele mesmo ministério, de 1993; na Medida Provisória nº 756, de 1994 (depois Lei nº 9.017, de 1995); no Decreto nº 1.646, de 1995; na Medida Provisória nº 1.154, de 1995; nos decretos nº 1.796 e 2.036, de 1996, e 2.246, de 1997; e em acordo internacional firmado com os Estados Unidos, de 1997.

O Decreto nº 1.796, de 24 de janeiro de 1996, que define a estrutura do Ministério da Justiça, usa, na maior parte dos dispositivos que tratam da matéria, a denominação '*entorpecentes*', no entanto, em um único deles – o artigo 18 – aparecem as denominações '*entorpecentes*', '*drogas e substâncias afins*', '*entorpecentes e drogas afins*' e '*drogas de abuso*'.

O Projeto de Lei da Câmara nº 1.873, de 1991, reintroduz a expressão '*entorpecentes e drogas afins*' e de '*substância (ou substâncias) entorpecente(s) e ou (ou) drogas afins*', que utiliza quase que exclusivamente.

Em cinco de seus dispositivos (artigos 13, 17, 34, 50 e 53) refere-se a '*substâncias e preparações entorpecentes ou psicotrópicas*'; no artigo 17, § 2º, I, refere-se a '*inalante químico tóxico*'; usa a denominação '*tóxicos*' duas vezes (nos artigos 18 e 24); '*drogas*' e '*drogas de abuso*', uma vez cada uma (respectivamente no artigo 20, V e no artigo 44, referindo-se ao Fundo criado pela Lei 7.560, de 1986).

Por fim, a Medida Provisória³³ que, no ano de 1998, criou a Secretaria Nacional Antidroga, junto à Presidência da República, prefere o termo '*droga*' para designar o organismo federal coordenador da política e do sistema '*antidroga*', ainda que se encontre no seu texto, prevalentemente, as expressões '*entorpecente*' e '*tóxico*'.

Conclusão

O levantamento mostra que a legislação brasileira não encontrou, até o momento, uma denominação satisfatória para as substâncias psicoativas, tendo experimentado, a partir de 1930, um número variável de termos e expressões que, de tempos em tempos são abandonadas por outras ou reintroduzidas nos textos legais.

Alguns eventos – em especial a proposição e entrada em vigor de determinadas normas legais – têm um efeito indutor da adoção de determinadas denominações e expressões.

Assim, o Código Penal, de 1940, introduz na nossa legislação a expressão '*substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*', que passou a ser frequentemente adotada e abandonada desde então, até o presente. A denominação '*drogas*' é induzida pela convenção de Genebra, de 1931, passando a ser adotada a partir da aprovação do seu protocolo pelo nosso Legislativo. O nome '*entorpecentes*' começa a ser utilizado a partir da criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, no início da década de 1960, e da alteração do Código Penal, de 1968. As denominações '*substâncias alucinógenas*' e '*psicotrópicos*' foram usadas a partir da implementação de uma comissão parlamentar de inquérito na Câmara dos Deputados,

32 Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992.

33 Medida Provisória nº 1.669, de 22 de junho de 1998 e suas reedições.

em 1973, sendo a primeira logo abandonada e a segunda passando a ter uma vida mais longa, favorecida que foi pela Lei de Vigilância Sanitária, de 1977.

A Constituição Federal, de 1988, introduziu a expressão 'entorpecentes e drogas afins', mas sem efeito indutor importante, tanto que ela só foi empregada em dois decretos depois disto, mas tendo sido aproveitada no projeto de lei de alteração da atual Lei de Entorpecentes. 'Drogas de abuso' também teve vida curta, no final da década de 1980 e início da seguinte, em decorrência da criação de um fundo para financiar a prevenção do uso. Atualmente, apesar da prevalência da expressão antiga 'substâncias entorpecentes ou que possam causar dependência', a criação da Secretaria Nacional Antidrogas está estimulando o retorno à adoção da expressão 'droga'.

Como já se discutiu, a terminologia empregada é, frequentemente, inadequada desde um ponto de vista técnico.

É possível que, no passado, não se dispusesse de outra alternativa. No entanto, creio que, hoje, dever-se-ia tratar de buscar uma conceituação – e decorrentes denominações – mais científicas e precisas, em especial sobre uma matéria que afeta interesses econômicos importantes, têm reflexos significativos nas áreas de justiça, saúde, educação, segurança e artes e mobiliza o interesse de largos setores da população e da imprensa nacionais.

Por que o legislador brasileiro continua preferindo usar denominações e expressões tecnicamente inadequadas? O levantamento não permite responder a essa questão, mas é possível aventar algumas hipóteses.

Uma delas é a de que a proposição e a apreciação de leis sobre essa matéria não têm contado com a participação dos especialistas e dos interessados, o que pode ser decorrente tanto de características do processo legislativo como do desinteresse ou da falta de acesso dessas pessoas e da comunidade científica em participar do processo e intervir nele. Entre as características do processo legislativo que podem explicar o fenômeno aqui relatado está o entendimento equivocado de que essa matéria constitui meramente uma questão policial, jurídica ou processual.

Uma maior democratização do processo legislativo, mais aberto ao debate e à participação da sociedade e da comunidade científica, pode ser um fator importante para minimizar esse problema.

Por outro lado, a qualidade da consultoria legislativa a disposição do legislador torna-se um elemento estratégico para aportar os conteúdos técnicos relevantes e a abordagem multidisciplinar ao processo de formulação e apreciação de proposições legislativas sobre essa matéria.

QUADRO 1 - Sinóptico das denominações prevalentes na legislação, segundo períodos históricos. Brasil, 1930-1998.

Período	Denominações prevalentes	Outras denominações	(Efeito indutor)
De 1930 a 1955	- entorpecentes	- 'substâncias entorpecentes e drogas afins' - 'substâncias entorpecentes ou que possam determinar dependência física ou psíquica'	1940 - Código Penal
De 1956 a 1969	- droga, - entorpecente	- tóxico, - 'substância entorpecente ou que possam determinar dependência física ou psíquica'	1959 - introdução da expressão 'droga' 1968 - introdução da expressão 'tóxico'
Década de 70	- 'substância psicotrópica ou que possa determinar dependência física ou psíquica', - entorpecente.	- tóxico, - droga, - psicotrópico.	1973 - introdução da expressão 'substância alucinógena' (CPI/CD) 1977 - Lei de Vigilância Sanitária emprega denominação 'psicotrópico'
Década de 80	- 'substância psicotrópica ou que possa determinar dependência física ou psíquica', - entorpecente	- droga, - medicamentos controlados	1986 - introdução da expressão 'drogas de abuso' 1988 - introdução da expressão 'entorpecentes e drogas afins' (CF)
Década de 90	- 'entorpecentes e substâncias psicotrópicas', - 'substância entorpecente ou que possa determinar dependência física ou psíquica', - entorpecente	- 'entorpecentes e drogas afins' - 'droga' - 'tóxico'	1991 - projeto de alteração da Lei de Tóxicos vigente (CD) 1998 - criação da Secretaria Nacional Antidrogas

CPI = comissão parlamentar de inquérito; CD = Câmara dos Deputados; CF = Constituição Federal

Referências

- 1 Benet, L.Z; Sheiner, L.B. General Principles. In: Goodman, Louis & Gilman, Alfred G. Farmacological Basis of Therapeutics. Nova York: Macmillan, 1985. p. 1.
- 2 Conselho Nacional de Saúde. Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos. Resolução Normativa nº 3, de 1978. Publicada no Diário Oficial da União de 9 de novembro de 1978
- 3 Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. v. 1., p. 320-325.
- 4 Ramos, W.P.B; Ramos, A. O Abuso de Drogas. In: Silva, P (1989). Op. cit. p. 169-178.
- 5 Galduroz, J.C.F., Noto, A.R., Carlini, E.A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: UFSP, CEBRID, 1997. 130p. il.

4.2 - Regulamentação do uso, comercialização e industrialização de produtos derivados de tabaco e álcool.

Alcoolismo e tabaquismo como importantes problemas sanitários e econômicos

O alcoolismo e o tabaquismo são as toxicomanias mais prevalentes em nosso país disso decorrendo um relevante impacto sanitário e econômico.

Com vistas a estimar montantes dos custos relativos ao uso e abuso de drogas em termos de saúde pública, têm sido considerados os gastos com assistência médica e perdas de produtividade, decorrentes do uso de drogas por trabalhadores, e sociais, decorrentes de mortes prematuras.

No período de 1995 a 1997, o País gastou, só com internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, cerca de cem milhões de reais ao ano. A assistência à doenças tabaco-associadas custou ao SUS outros oitenta milhões ao ano.

Nesse período, o alcoolismo ocupou o quarto lugar no grupo de doenças que mais incapacitam e a cirrose alcoólica do fígado foi a sétima causa de óbito na população com mais de quinze anos.

Estudo realizado em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, encontrou que de 10 a 15% da força de trabalho empregada naquele estado tem problemas de dependência de drogas e ou álcool. As decorrências desse fato são que o grupo afetado solicitou três vezes mais licenças médicas; esteve envolvido em 15 a 30% (segundo o setor industrial) dos acidentes de trabalho ocorridos no período estudado; foi responsável por 50% do absenteísmo e utilizou um número oito vezes maior de diárias hospitalares que os demais. As famílias dos trabalhadores com problemas de dependência química utilizaram três vezes mais serviços de assistência médica e social que a média.

O alcoolismo parece ser a principal dependência química responsável por esse quadro, pelo menos é o que mostram os estudos nacionais que a pesquisaram separadamente das demais. Assim, um programa de prevenção ao alcoolismo implantado na Petrobrás reduziu, após dezoito meses, em 47% o número de dias de licença médica e em 45% o de faltas ao trabalho (1).

O uso de álcool é também responsável pela maioria dos acidentes de trânsito em nosso meio: segundo estudo realizado com patrocínio do Sistema Nacional de Trânsito, realizado em 1997 em quatro cidades brasileiras (2), 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito apresentavam alcoolemia positiva, sendo que essa proporção aumentava para 71,1 e 63,6% quando se tratava de acidentes por choque e capotamento, respectivamente. 56,2% das pessoas que sofreram atropelamento apresentavam algum nível de álcool no sangue.

A proporção detectada de outras drogas foi pequena: a maconha foi encontrada em 10% dos envolvidos com acidentes de trânsito em Recife, mas em bem menos da metade dessa proporção nas demais cidades; a cocaína foi detectada em menos de 4% e outras substâncias psicoativas em

proporções ainda menores: benzodiazepínicos (3,4%), barbitúricos (1,5%), anfetamínicos (0,6%) e opioides (0,3%).

Um aspecto preocupante do problema é o uso de tabaco e álcool por crianças e adolescentes. Todos os estudos mostram que existem padrões de consumo diferentes entre crianças e adolescentes e adultos (3). Está claramente estabelecido que a dependência de tabaco, por exemplo, se estabelece na adolescência, uma vez que 82% dos adultos tabaquistas iniciaram-se no uso dessa droga antes dos 18 anos (4). Também foi comprovado que aqueles que começam a beber antes dos 15 anos de idade têm um risco quatro vezes maior de se tornar um alcoólatra que aqueles que começam a beber depois dos 21 (5).

Os Estados Unidos e a Europa (6) vêm apresentando, nos últimos dez anos, um grande crescimento do número de adolescentes expostos a drogas, do uso de drogas por crianças e adolescentes e de urgências médicas e óbitos relacionados ao uso de drogas por essas faixas etárias. Têm sido registradas também variações temporais no padrão de uso. Atualmente, nota-se pequena redução no uso de tabaco, mas grande aumento do uso de álcool.

No nosso meio, o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes vem sendo monitorado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, de São Paulo (Cebrid), pela realização, desde 1987, de levantamentos sistemáticos do uso indevido de drogas por estudantes de primeiro e segundo grau e crianças e adolescentes de rua.

O último levantamento, realizado em 1997 (7), mostrou que, em nosso País, a iniciação no uso de tabaco e álcool se dá muito cedo (51,2 % dos estudantes pesquisados já tinham usado álcool antes dos 12 anos de idade e 11,0%, tabaco); que álcool (15,0%) e tabaco (6,2%) são as drogas mais frequentemente e rotineiramente consumidas; e que é crescente a tendência de uso pesado (vinte ou mais vezes ao mês) de álcool.

Os meninos de rua são, em várias partes do mundo em que o comportamento foi estudado, o grupo populacional em que se encontraram as mais altas taxas de prevalência de uso de drogas (8). Em nosso País, o Cebrid encontrou, em 1993, que as drogas mais consumidas por essas crianças eram o tabaco (acima de 70% de uso diário), os inalantes (entre 24 e 42%), a maconha (entre 10 e 25%) e o álcool (6 a 30%).

Papel da legislação no controle do alcoolismo e do tabaquismo

O controle do uso indevido de tabaco e álcool pressupõe a implementação de um conjunto complexo e articulado de ações entre as quais o desenvolvimento e a implementação de uma legislação sobre a matéria é fundamental.

De qualquer forma, apesar de estar demonstrado que a legislação é um fator importante para o controle do alcoolismo e do tabaquismo, deve ficar claro que a promulgação de leis é condição necessária, mas não suficiente. A legislação é indispensável para estabelecer e implementar uma política pública, para induzir a ação dos organismos oficiais, para fortalecer as atividades das organizações não-governamentais e dos cidadãos organizados e para contribuir para uma cultura menos tolerante ao uso dessas drogas.

A legislação, no entanto, é apenas um componente de uma ação que deve ser articulada e permanente, com vistas ao controle daquelas toxicomanias. Programas de controle do tabaquismo e do alcoolismo devem conter um conjunto de atividades outras, de responsabilidade do Poder Executivo e das organizações sociais, que incluam, entre outras, a informação pública, em especial a dirigida para as populações de risco, programas educativos, disponibilização de serviços de tratamento de dependentes, uma política fiscal e de preços que priorize as necessidades sanitárias e estratégias econômicas para reduzir a produção de tabaco e bebidas alcoólicas.

Até 1995, mais de 90 países já tinham adotado leis para combater tanto alcoolismo como o tabaquismo ou reforçaram a legislação vigente e desenvolveram mecanismos destinados a ampliar a aplicabilidade e a eficácia dessas leis.

Na luta pelo controle do alcoolismo e do tabaquismo, a legislação internacional tem sido formulada com vistas a atender um conjunto específico de objetivos:

1. Proibição ou restrição da publicidade e da promoção de vendas;
2. Regulamentação dos teores máximos permitidos de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono nos produtos de tabaco e do teor alcoólico máximo permitido para bebidas de grande consumo (cervejas, por exemplo);
3. Exigência de advertências nas embalagens e materiais promocionais sobre os teores que contém e os riscos para a saúde que decorrem do uso;
4. Restrições à venda, com especial destaque para a proibição/restrição de venda a menores, trabalhadores e populações indígenas;
5. Proibição ou restrição do uso de produtos de tabaco em ambientes públicos, de trabalho e meios de transportes;
6. Proibição de venda de bebidas alcoólicas à beira e em regiões lindeiras de estradas de rodagem;
7. Criminalização do uso de bebidas alcoólicas por condutores de veículos;
8. Proibição ou restrição a subvenções econômicas à produção, à industrialização e à venda de tabaco e bebidas alcoólicas; adoção de políticas comerciais restritivas; adoção de políticas de substituição de cultivo;
9. Adoção de políticas fiscais e de preços;
10. Obrigatoriedade de educação sanitária;
11. Apoio e incentivo a ações judiciais por responsabilidade derivada dos produtos.

A legislação brasileira frente ao alcoolismo e o tabagismo

A legislação brasileira, ao contrário da dos países desenvolvidos e mesmo da dos subdesenvolvidos é muito pobre em instrumentos que favoreçam a o controle do alcoolismo e do tabaquismo.

A Constituição Federal de 1988 dispôs que a propaganda comercial de tabaco e bebidas alcoólicas estará sujeita a restrições legais e conterà, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes do uso daquelas substâncias (art. 220 § 4º).

A regulamentação desse dispositivo resultou na edição da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que ampliou o mandato constitucional, tratando não só da propaganda e das advertências (relativos a produtos de álcool e tabaco) mas também da restrição do uso de tabaco.

Dessa forma, a partir da Lei 9.294/96 e de sua regulamentação, o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996:

1. apenas as bebidas alcoólicas com mais de 13 °GL de teor alcoólico têm sua propaganda de alguma forma restringida (cervejas e a maioria dos vinhos – que são as bebidas alcoólicas mais consumidas em nosso país não são alcançadas pelas restrições legais);
2. a propaganda comercial de tabaco e bebidas alcoólicas está restrita, no rádio e na televisão, à veiculação no horário compreendido entre as vinte e uma e as seis horas, não sofrendo qualquer outra restrição nos demais meios de comunicação e em outras formas de publicidade (marketing, publicidade indireta, patrocínios etc.), com exclusão dos trajés esportivos de esportes olímpicos;
3. a propaganda comercial de tabaco e bebidas alcoólicas deve ajustar-se a determinados princípios, tais como não sugerir o consumo exagerado, não fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas, não atribuir ao produto propriedades calmantes ou estimulantes, não associar o produto a ideias de êxito na sexualidade e aos esportes olímpicos e não incluir imagens de crianças e adolescentes, ou a eles dirigir-se;
4. a propaganda e as embalagens deverão conter mensagens de advertência contra os malefícios do fumo o consumo excessivo de álcool, escritas ou faladas, conforme o meio de comunicação;
5. o uso de “produtos fumíferos” é proibido em recintos coletivos, privados ou públicos, salvo em áreas exclusivamente destinada para esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente; a lei cita, expressamente, as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema;
6. o uso de “produtos fumíferos” é vedado nas aeronaves e veículos de transporte coletivo, salvo quando transcorrida uma hora de viagem e se houver, nos referidos meios de transporte, parte especialmente reservada aos fumantes.

O Código Brasileiro de Trânsito (Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997), define como crime de trânsito conduzir veículo automotor, na via pública, sob influência de álcool, penalizando o infrator a pena de detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir.

Anteriormente, dispúnhamos de uma única lei tratando da matéria, a Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986, que cria o Dia Nacional do Combate ao Fumo, obrigando o Poder Executivo a, anualmente, no dia 29 de agosto, promover a informação e a educação pública sobre os malefícios do tabaquismo.

Essa matéria – alcoolismo e, principalmente, tabaquismo – tem sido objeto de um grande número de proposições legislativas nas últimas legislaturas, no entanto, a grande maioria delas não chega a ser apreciada, acabando por ser arquivada no final da legislatura em decorrência de disposições regimentais.

Como fica evidente, apesar da gravidade e do impacto sanitário e econômico do tabaquismo e do alcoolismo em nosso meio, somos muito pobres em legislação contra essas toxicomanias. Quase tudo está para ser feito.

A ação do Poder Executivo e das organizações sociais contra esses males tem sido exercida sem o apoio necessário da legislação.

Brasília, 9 de novembro de 1998.

REFERÊNCIAS

- 1 Campana, A.M. Alcoolismo e empresa. In: Ramos, S.P. Alcoolismo Hoje. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
- 2 Melcop, A.G. & Oliveira, E.M. Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito. ABDETRAN, Brasília, 1997.
- 3 Freedom triggers changes in habits. USA Today. v. 126, n. 2.635, p.11, Abr. 1998. Ver também: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, mar. 1998.
- 4 Kessler, D.A. et al. The Food and Drug Administration's rules on tobacco: blending science and law. Pediatrics, v. 99, n. 6, p. 884, jun. 1997
- 5 Science News, v. 153, n. 4, p. 52, jan. 1998.
- 6 Roberts, I. et al. Analysis of trends in deaths from accidental drug poisoning in teenagers, 1985-95. British Medical Journal, v. 315, n. 7.103, p. 289, ago. 1997.
- 7 Galduróz, J.C.; Noto, A.R. e Carlini, E.A. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997. São Paulo: CEBRID. UFSP, 1997.
- 8.Greene, J. et al. American Journal of Public Health, 1997.

4.3 - A regulamentação do uso e da propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil (1998)

A restrição ao uso de bebidas alcoólicas como questão cultural e jurídica

As bebidas alcoólicas são, provavelmente, as drogas mais antigas usadas pelo homem, em virtude da facilidade de sua obtenção pela fermentação de açúcares naturais. É estimado que a aprendizagem desse processo e o início do consumo de bebidas alcoólicas data de, pelo menos, 6.000 a.C.(1) . As primeiras bebidas alcoólicas produzidas e consumidas pelo homem foram as de baixos teores, isto é, as cervejas e os vinhos. A destilação do álcool foi introduzida na Europa pelos árabes, na Idade Média, dando origem à tecnologia de produção do que hoje denominamos bebidas destiladas. Atualmente constituem, sem dúvida, a substância psicotrópica mais consumida pela humanidade, constituindo a droga de eleição à qual outros psicotrópicos vêm se sobrepor, mas não substituir.

Assim, desde a aurora da humanidade, o álcool está intimamente ligado a práticas culturais variadas: é utilizado como alimento, acompanhando refeições; é empregado em rituais sociais e religiosos; é usado como medicamento e é consumido largamente como droga recreativa.

Os egípcios antigos, segundo a lenda, receberam de seu deus Osiris os segredos da fabricação da cerveja. A arqueologia confirma o largo uso da bebida pela descoberta de fábricas e equipamentos para sua produção em escavações de sítios de mais de 5.000 anos antes de Cristo, de receitas para fazer cerveja inscritas nas paredes de pirâmides, em Gizé, e de restos da bebida em tumbas.

O Código de Hamurabi, já regulava, em cerca de 1.800 a. C., a produção, a venda e o uso da cerveja.

O primeiro milagre de Cristo – o fundador do Cristianismo, filosofia que é a base das religiões mais professadas no planeta, hoje –, episódio conhecido como “as bodas de Canaã”, consistiu na transformação de água em vinho. O uso do vinho mantém-se como elemento central do principal ritual daquelas religiões – a Missa.

O poder terapêutico do álcool foi reconhecido desde os tempos antigos, tendo lhe sido atribuído poder de cura para quase todas as doenças. A denominação “wisky” é decorrente de uma palavra gaélica que significa “água da vida”. Hoje é reconhecido que seu valor terapêutico não é tão importante como seu valor social.

Em que pese o fato de a maioria dos países possuírem restrições legais ao uso de drogas, é crescente, entre juristas nacionais e estrangeiros, a opinião de que esta é uma ingerência indevida do Estado na vida das pessoas.

Na opinião da Dra. Maria Lúcia Karan (2), a criminalização da posse de drogas para uso pessoal é claramente incompatível com os postulados de racionalidade que devem informar os atos de governo em um Estado Democrático de Direito. (...) A posse de drogas para uso pessoal é conduta que, se situando na esfera individual, não atinge a terceiros, assim se inserindo no campo da inti-

midade e da vida privada, em cujo âmbito é vedado ao Estado – e, portanto, ao Direito – penetrar. Assim como não se pode criminalizar e punir – como, de fato, não se pune – a tentativa de suicídio e a autolesão, não se pode criminalizar e punir a posse de drogas para uso pessoal, que, menos danosa do que aquelas, pode encerrar, no máximo, um simples perigo de autolesão.

Por outro lado, a função geral da ordem jurídica de proteção da dignidade da pessoa, que, em nossa ordem constitucional, surge como um dos fundamentos da República, expresso no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal, gera princípios limitadores do poder de punir, vinculantes do legislador. Tais princípios fazem do dano social ponto de referência obrigatório para a fixação de parâmetros, na confecção das normas incriminadoras. Reforçando esta obrigatória consideração do dano social, tem-se ainda a norma contida no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, que, assegurando a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, desautoriza qualquer intervenção estatal sobre condutas que, restritas à esfera individual, não tenham potencialidade para atingir bens ou interesses de terceiros.

No que concerne a condutas relacionadas com drogas, enquanto houver destinação pessoal para a posse e enquanto seu consumo se fizer de modo que não ultrapasse o âmbito individual, não se poderá nelas enxergar tipicidade penal, na medida em que ausente a concreta afetação de qualquer bem jurídico de terceiros.

Aqui se têm condutas privadas, que, como tal, não podem ser objeto de criminalização, constituindo esta criminalização uma inautorizada intervenção do Estado sobre a liberdade individual, a intimidade e a vida privada.

A nocividade individual de uma conduta privada poderá ser uma boa razão para ponderações ou persuasões, mas nunca para que o supostamente prejudicado seja obrigado a deixar de praticá-la.

Por outro lado, impondo a clandestinidade à distribuição e ao consumo, a criminalização do uso favorece a ausência de um controle de qualidade das substâncias comercializadas, aumentando as possibilidades de adulteração, impureza e desconhecimento de sua potência, com os riscos maiores daí decorrentes.

A isto se somam as limitações ao controle terapêutico-assistencial, pela necessária revelação da prática de uma conduta tida como ilícita, sendo um natural complicador à procura do tratamento, cujo êxito, por outro lado, se condiciona, como é sabido, à voluntariedade de sua busca.

Na outra vertente – a da produção e distribuição, configuradoras do tráfico – as contradições embutidas na opção pela proibição igualmente recomendam o rompimento com a política criminalizadora. Somando-se à ineficácia da intervenção do sistema penal na contenção do mercado, os pesados ônus que a ilegalidade traz revelam-se nos altos custos sociais que em muito superam os raros e isolados êxitos que eventualmente possam advir desta irracional forma de controle das drogas.

Os consumidores de tais substâncias, tornadas ilícitas, além de atingidos pelos maiores riscos à saúde, sofrem a superexploração decorrente dos preços artificialmente elevados, a, frequentemente, levá-los a se empregar no tráfico ou a adotar a prática de outros comportamentos ilícitos para obter a droga.

Assim, se despejados sobre os consumidores, os altos custos sociais da criminalização se espalham pelo conjunto das sociedades, que, sem perceber a irracionalidade de suas reivindicações, clamam pela solução penal, quando, na realidade, é o próprio sistema penal o verdadeiro criador dos problemas que, enganosamente, anuncia poder resolver.

A criminalização aparece como uma variável introduzida na estrutura do mercado: aos custos normais de produção serão necessariamente adicionados os custos potenciais de perdas provocadas por eventuais apreensões, bem como as despesas com a segurança exigida pela ilegalidade do empreendimento, a naturalmente repercutir sobre o preço final do produto, ao que vem se somar o fato de empreendimentos desta natureza ilícita, em geral, se desenvolverem em estrutura oligopolizada, a redução da concorrência já se fazendo pelo natural afastamento daqueles que não se dispõem a enfrentar a ilegalidade, outorgando-se, assim, uma espécie de franquia àqueles dispostos a violar a lei. Provocando, com estes e outros mecanismos, a artificial elevação dos preços, que irá gerar enormes lucros, a criminalização acaba por paradoxalmente funcionar como um dos mais poderosos incentivos à produção e ao comércio destas mercadorias ilícitas.

Os lucros exagerados, estabelecendo uma relação funcional com a circulação legal do capital, trazem imenso poder de corrupção: o mercado das drogas ilícitas vai produzir graves desvios, perigosamente contaminando órgãos do aparelho estatal e do sistema financeiro.

É também à criminalização que se pode, em grande parte, atribuir a criação e disseminação de drogas, que apresentam maior nocividade à saúde. Eventuais êxitos repressivos, redutores da oferta, acabam por incentivar produtores, distribuidores e consumidores a buscar outros produtos, assim acabando por introduzir no mercado novos produtos mais lucrativos, mais potentes e mais perigosos. Isto ocorreu, por exemplo, nos Estados Unidos da América, após a década de 1970, com o crescimento da oferta de cocaína e heroína, em grande parte consequência da repressão à maconha e aos alucinógenos de origem mexicana, por elas substituídos. A introdução do crack, no final dos anos 80, segue lógica econômica análoga.

Não são, portanto, propriedades farmacológicas de umas drogas que levam ao consumo de outras, como costumam anunciar os que veem o consumo de determinadas substâncias, como a maconha, por exemplo, como “passagem” para outras drogas mais perigosas. Os diferentes ciclos do consumo obedecem a outros fatores, determinados, fundamentalmente, por razões econômicas.

A criminalização tem um outro efeito ainda mais grave: ao tornar ilegais determinados bens e serviços, o sistema penal funciona como o real criador da criminalidade e da violência, fenômeno que se pode perceber também em relação ao jogo.

Ao contrário do que se costuma propagar, não são as drogas em si que geram criminalidade e violência, mas é o próprio fato da ilegalidade que produz e insere no mercado empresas criminosas – mais ou menos organizadas – simultaneamente trazendo, além da corrupção, a violência como outro dos subprodutos necessários das atividades econômicas assim desenvolvidas, com isso provocando consequências muito mais graves do que eventuais malefícios causados pela natureza daquelas mercadorias tornadas ilegais.

Como lembra Frank Pearce, antes da Proibição, a Máfia norte-americana não tinha maior importância, limitando sua atuação às “aldeias urbanas” italianas, sendo a demanda em grande escala por um produto tornado ilícito – o álcool – que propiciou sua expansão.

Sendo o real criador da criminalidade e da violência relacionadas com as drogas ilícitas, por meio da intervenção do sistema penal sobre o mercado, o Estado se vale dessas mesmas criminalidade e violência para, manipulando o medo e a insegurança provocados pelas ações reais ou imaginárias daí decorrentes, ampliar o poder punitivo e intensificar o controle sobre a generalidade dos indivíduos.

O abandono de princípios de um Direito garantidor, em prol de uma repressão mais rigorosa e supostamente mais eficaz, é tendência que há muito vem se aprofundando, em todo o mundo.

No Brasil, basta lembrar que foi sob o pretexto de repressão às drogas e a uma suposta criminalidade organizada, com elas identificada, que, no final do ano de 1994, quando da chamada Operação Rio, se abriu espaço para que, desviando-se das funções que a Constituição Federal lhes atribuiu, fossem as Forças Armadas chamadas a intervir no Rio de Janeiro, para assumirem as tarefas de um alegado combate ao crime. O anestesiante quase consenso criado em torno da suposta necessidade desta intervenção militar criou também a tolerância com o desrespeito à Constituição Federal, que foi muito além daquele inicial desvio das funções atribuídas às Forças Armadas: restrições ao direito de locomoção, revistas violadoras da intimidade dirigidas até mesmo contra crianças, exigências de identificação e consequentes prisões arbitrárias por falta de documentos ou para averiguações tornaram-se a inquestionada rotina da repressão militarizada.

A repressão às drogas e a uma suposta criminalidade organizada, com elas identificada, também serve de pretexto para a produção de leis, que, à semelhança das legislações excepcionais criadas para a repressão política das ditaduras, se afastam de princípios garantidores, em claro desrespeito a normas constitucionais, sem que sofram maiores questionamentos, quer por parte do conjunto da sociedade, quer por parte dos operadores jurídicos. constituem eloquentes exemplos a Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 – a chamada lei dos crimes hediondos – e a Lei nº 9.034, de 3 de maio de 1995, que, dispondo sobre a utilização de meios operacionais para a prevenção e repressão de ações praticadas por organizações criminosas, reafirmou a premiação da delação, já prevista na Lei 8.072, ainda prevendo a irracional “ação controlada” de agentes policiais, com a troca da imediata interrupção de condutas delituosas por uma eventual obtenção de maiores informações e provas, escalada repressiva completada com a mais recente Lei nº 9.296, de 24 de julho de 1996, que, ampliando onde a Constituição Federal mandou restringir, veio regulamentar a interceptação de comunicações telefônicas para fins de investigação criminal, parecendo pretender fazer deste meio excepcional de busca de prova a regra investigatória, meio excepcional cuja verdadeira eficácia não é a de, como se anuncia, viabilizar um supostamente mais eficaz controle da criminalidade, mas sim uma maior intervenção sobre a intimidade e a liberdade de todos os cidadãos, como bem ilustra a experiência americana.

Essa escalada consagradora do sistemático abandono de princípios de um Direito garantidor, em prol de uma repressão supostamente mais eficaz, traz resultados que confirmam a advertência

de Nils Christie de que o maior perigo da criminalidade nas sociedades modernas não é o crime em si mesmo, mas sim o de que a luta contra este acabe por conduzir tais sociedades ao totalitarismo.

O uso de álcool tem características que o torna um pouco diferenciado do uso das drogas hoje consideradas ilícitas: o uso – e principalmente o abuso – de álcool têm repercussões que vão além da esfera individual, atingindo a terceiros, e causando danos sociais consideráveis, razão pela qual, fica, a meu ver, autoriza a intervenção estatal sobre condutas que tenham potencialidade para atingir bens ou interesses de terceiros.

Não se trata aqui de intervir sobre condutas privadas nem de criminalizá-las, o que – como vimos – traria mais problemas que soluções. Trata-se de limitar o dano causado pelo uso indevido de tais substâncias e, em especial, de proteger as crianças e os adolescentes dos estímulos e das facilidades que nossa cultura oferece para o consumo de álcool.

O uso e o abuso de álcool como problema de saúde pública

Estudos (3) realizados na população adulta no Brasil sugerem uma prevalência de 8 a 10% de abuso e dependência do álcool.

No período de 1995 a 1997(4), o tratamento apenas da dependência do álcool (CID 303) custou ao Sistema Único de Saúde cerca de trinta milhões de reais ao ano. Se somarmos os atendimentos às psicoses alcoólicas, esse valor triplica. Essas causas constituem o primeiro motivo de internações psiquiátricas e estão entre as cinco primeiras causas de internação hospitalar no País. No período considerado, o alcoolismo ocupava o quarto lugar entre as doenças mais incapacitantes e a cirrose alcoólica do fígado foi a sétima causa de óbito na população acima de quinze anos.

Estudo realizado em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, encontrou que de 10 a 15% da força de trabalho empregada naquele estado tem problemas de dependência de drogas e ou álcool. As decorrências desse fato são que o grupo afetado solicitou três vezes mais licenças médicas; esteve envolvido em 15 a 30% (segundo o setor industrial) dos acidentes de trabalho ocorridos no período estudado; foi responsável por 50% do absenteísmo e utilizou um número oito vezes maior de diárias hospitalares que os demais. As famílias dos trabalhadores com problemas de dependência química utilizaram três vezes mais serviços de assistência médica e social que a média.

O consumo de álcool transcende a esfera privada enquanto comportamento, exigindo a intervenção do Estado – se não para proibi-lo ou criminalizá-lo – para reduzir sua prevalência e os danos por ele causados a usuários, dependentes e terceiros.

Os elevados custos sociais em vidas ceifadas, em portadores de deficiência que causa e os decorrentes tanto da elevada proporção de recursos públicos que são necessários para fazer frente aos danos dele decorrente como das elevadas perdas de produtividade que acarreta o uso de álcool entre nossa população, obrigam a intervenção do Estado para prevenir o uso abusivo, reduzir a dependência e reduzir dos danos que decorrem dele.

O papel da propaganda na promoção do uso e do abuso de álcool

A principal tática com vistas à redução da demanda por bebidas alcoólicas consiste na proibição – ou pelo menos a restrição – da promoção e da publicidade daqueles produtos. Não foi outra a intenção do constituinte de 88 quando dispôs que a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, (...) medicamentos, (...) estará sujeita a restrições legais³⁴.

Essa questão da restrição ou proibição da publicidade de bebidas alcoólicas e tabaco permanece na ordem do dia há muitos anos, com defensores e opositores ferrenhos, em embate acalorado. Os argumentos arregimentados contra e a favor da medida são de natureza tanto filosófica quanto prática. Mesmo os que buscam bases empíricas, não concordam plenamente sobre a influência da propaganda sobre a iniciação e o uso de bebidas e tabaco, em especial sobre crianças e adolescentes.

Os principais argumentos filosóficos contra a propaganda de álcool e tabaco estão baseados na suposição de que ela é eficaz para promover o uso entre crianças e adolescentes e que eles não dispõem de condições para bem avaliar e defender-se das mensagens enganosas da publicidade. Cabe aos adultos, pais, professores e autoridades, protegê-los e decidir por eles.

A posição contrária, favorável à liberdade de propaganda, se baseia em princípios muito caros ao liberalismo: o de que uma sociedade liberal normalmente deixa as pessoas tomarem suas próprias decisões, por mais insensatas que sejam, providenciando para que sejam informadas da natureza dos riscos que estão correndo e, as que queiram correr o risco, paguem por suas decisões. Ainda assim, boa parte desse grupo reconhece que esse princípio não se aplica às crianças que nem têm condições de corretamente avaliar os riscos que estão correndo nem bem podem ser responsabilizadas pelas consequências de seus atos. Assim, mesmo entre os que defendem a liberdade para a propaganda poucos defendem a promoção de álcool e cigarros dirigida a menores.

Os argumentos de natureza técnica se baseiam em estudos que buscam explicar os fatores que influenciam o uso de cigarros e álcool. Nos Estados Unidos, muitos estudos (11) têm mostrado que os fatores chaves responsáveis pelo uso de tabaco por jovens, por exemplo, são a influência dos seus pares (colegas, turma) e da família. Outros, no entanto, realizados pelo próprio governo americano, confirmaram “a influência dominante da publicidade em persuadir adolescentes a fumar” (12). A tentativa de explicar porque o uso de tabaco estava diminuindo entre adolescentes negros enquanto aumentava entre brancos encontrou que havia muito mais restrição ao uso e controle por parte das famílias negras que das brancas, que os adolescentes negros dispunham de menos dinheiro para comprar cigarros regularmente, que praticavam muito mais esportes ao ar livre que os brancos e que consideravam fumar tabaco “coisa de branco”. (13)

A indústria tabaqueira, no entanto, não tem tantas dúvidas: não apenas aumentou em mais de 20% seus gastos totais com publicidade, nos Estados Unidos, entre 1990 e 94, como passou a dirigir de 7,7%, em 1990, a 25,8%, em 1994, desse montante para a promoção de seus produtos entre crianças e adolescentes (14).

34 Constituição Federal. art. 220, § 4º.

A distribuição de itens promocionais de cigarros tais como camisetas, bonés, jaquetas, isqueiros, artigos de *camping* e esporte e similares, foi encontrada como efetiva para promover o uso de tabaco entre escolares americanos: os estudantes que possuíam tais artigos corriam um risco 4,1 vezes maior de tornarem-se tabaquistas que os que não os possuíam (13).

É similar a situação em relação ao álcool. Ao mesmo tempo em que existem evidências de que o uso ou não e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas está relacionada a fatores de natureza psicossocial, como influência da família e das normas comunitárias, ao acesso dos jovens a bebidas e ao contexto no qual o consumo é feito pelos jovens, acrescentam-se evidências de que, da mesma forma que com o tabaco, a publicidade tem efeito de estimular o consumo pelos jovens. (15)

Existe, atualmente, nos Estados Unidos um forte movimento de base comunitária cujo objetivo é pressionar o governo para atuar em relação ao álcool como vem atuando em relação ao tabaco. Seu principal objetivo é a obrigatoriedade de contrapublicidade de bebidas alcoólicas, dirigida a adolescentes. (16) De qualquer forma, a indústria alcooleira já tomou a iniciativa de uma grande campanha visando prevenir o desastroso cenário que aflige atualmente a indústria do tabaco, tratando de mostrar que seus produtos são éticos e que ela não tem nada a esconder.

A legislação brasileira de regulamentação do uso e da propaganda de bebidas alcoólicas

Segundo a legislação em vigor (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996), as restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas atingem apenas uma pequena parcela daqueles produtos: o parágrafo único do art. 1º estabelece que, "para os efeitos dessa lei", considera-se bebidas alcoólicas aquelas com teor alcoólico superior a treze graus Gay Lussac.³⁵

Ora, as bebidas mais consumidas em nosso meio – as cervejas e os vinhos de mesa – contém, em média, entre 4 e 5 °GL e entre 8 e 14 °GL, respectivamente. Dessa forma, apenas os destilados (que contém entre 40 e 50 °GL), os vermouths e aperitivos a base de uva (que contém teor alcoólico superior a 15 °GL) e alguns vinhos são atingidos pela lei(17)³⁶.

35 O teor alcoólico de uma bebida é expresso em graus Gay-Lussac (° GL), que corresponde ao número de mililitros de etanol presentes em cada 100 ml de bebida.

36 Esse é o teor médios das três categorias de bebidas alcoólicas usadas no País, segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Procedimentos na Abordagem dos Alcoolismo (1994) op. cit. Segundo MINISTÉRIO da FAZENDA, Secretaria da Receita Federal, Núcleo Regional de Informações Econômicas e Fiscais. A Vitivinicultura no Rio Grande do Sul, S/ ed., 1971, os vinhos de mesa produzidos naquele estado possuem teor alcoólico entre 12 e 18 ° GL; os vermouths, quinados amargos, aperitivos e vinhos medicinais, pelo menos 15 °GL; e os conhaques, entre 38 e 40 °GL.

Referências

- Masur, J. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. *Ciência e Cultura*. v. 30, n. 5, p. 531-4, 1978.
- Karan, MA. Drogas: a irracionalidade da criminalização. Conferência proferida durante a 9ª Conferência Internacional sobre Redução de Danos Causados pelo Uso de Drogas, realizada em São Paulo,
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo. 2ª ed. Brasília, 1994.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Elaboração de Proposta para Normalização e Credenciamento de Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substância Psicoativa. Exposição de Motivos. Brasília, 1998.
5. Campana, A.M. Alcoolismo e empresa. In: RAMOS, S.P. Alcoolismo Hoje. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
6. Melcop, A.G. & Oliveira, E.M. Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito. ABDETRAN, Brasília, 1997
7. Freedom triggers changes in habits. *USA Today*. v. 126, n. 2.635, p.11, Abr. 1998. Ver também: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, mar. 1998.
8. Kessler, D.A. et al. The Food and Drug Administration's role on tobacco: blending science and law. *Pediatrics*, v. 99, n. 6, p. 884, jun. 1997.
9. *Science News*, v. 153, n. 4, p. 52, jan. 1998.
10. Roberts, I. et al. Analysis of trends in deaths from accidental drug poisoning in teenagers, 1985-95. *British Medical Journal*, v. 315, n. 7.103, p. 289, ago. 1997.
11. Worsnop, R. Teens and Tobacco. CQ Resercher. Congressional Quartely Inc. dec. 1995.
12. Estados Unidos. Departamento de Saúde e Serviços Sociais. Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. 1994.
13. Worsnop, R. Teens and Tobacco (1995). Op. cit. p. 1082 (Blacks' Smoking Drops)
14. Sargent, J.D. et al. Cigarette Promotional Items in Public Schools. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, v. 151, p. 1189-96, 1997.
15. Slater, M. Alcoholism & Drug Abuse Week, v. 9, n. 41, p.7, out. 1997.
16. Alcoholism & Drug Abuse Week, v. 9, n. 21, p. 8, maio 1997.
17. Silva P Farmacologia, 3ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989, p. 328, as cervejas apresentam, em média, 4 ° GL; os vinhos, 11 ° GL e os destilados, 50 °GL.

4.4 - A prevenção do uso de drogas (1998)

O uso de drogas como problema de saúde pública e os jovens

Ainda que o uso de drogas psicoativas tenha sido relatado em todas as culturas estudadas, esse comportamento só passou a ser problemático, configurando um grave problema de saúde pública, na segunda metade deste século, em especial a partir da década de 1960.

Ao fim da Segunda Guerra Mundial, por exemplo, o número de heroinômanos era ridículo nos Estados Unidos, inferior a um milhar. No início da década de 1950, esse número havia, no máximo, dobrado. O mesmo poderia ser dito em relação à cocaína, tanto nas cidades americanas como nas europeias. A maconha nunca tinha sido usada por um número relevante de pessoas, quer nos Estados Unidos quer na Europa, e continuava não sendo. O perfil do usuário era o de um homem branco, com mais de quarenta anos e integrado socialmente; seu vício tinha, com muita frequência, origem iatrogênica. Esse perfil, a partir dessa época, passou, lentamente, a mudar para um outro, de tipo moderno: jovem, desempregado e proveniente das regiões mais pobres das grandes cidades (1).

Outra, no entanto, era a situação do consumo de álcool e tabaco, que ganharam os mercados americano e europeu no pós-guerra, com crescimento exponencial de usuários. No início da década de 1960, os Estados Unidos passaram a sofrer uma séria epidemia de doença coronariana, em decorrência do largo uso do tabaco após a Segunda Grande Guerra. São deste período os primeiros relatórios das autoridades sanitárias daquele país sobre o problema.

Em meados dos anos 60, o consumo de certas drogas se vincula com questões de índole sociocultural, como o retorno à vida rural, a preocupação com o ambiente, a liberalização do sexo, o pacifismo, a corrente humanista da Psiquiatria e a contracultura. Nas palavras de Escotado, “foi como se, de repente, o *Club des haschischiens* houvesse aberto infinitas sucursais nas sociedades avançadas e como se todas elas conspirassem, sem misericórdia, contra a ordem e os valores reinantes, sendo, ao mesmo tempo, um setor muito criativo e pacífico, que produzia rentáveis novidades em música, artes plásticas, literatura, serviços, moda, linguagem, cerimônias e relações interpessoais”.(1)

Na Europa Ocidental, o consumo de drogas psicoativas (não incluídas aqui o álcool, o tabaco e a cafeína) adquiriu uma dimensão epidêmica e uma verdadeira transcendência social a partir da segunda metade dos anos sessenta. A epidemia de consumo de heroína se iniciou na primeira metade da década dos setenta, época em que se iniciou também a detectar um grande consumo de *Cannabis* (2). O aumento progressivo da ocorrência de urgências médicas relacionadas ao uso de drogas data do início da década de 1980. À heroína, e ao seu uso injetável, ainda que não seja a droga de uso mais prevalente, pode-se associar a praticamente totalidade dos problemas associados (mortes por reação aguda, *overdose* e infecção pelo HIV e vírus das hepatites). (3) O consumo de drogas teve um tal impacto na mortalidade, que ele se converteu na primeira causa de morte de adultos jovens em algumas grandes cidades da Espanha no início dos anos 90.

Ao final da década de 1980 e início da atual, outras drogas, em especial cocaína, e outras vias de administração, que não a injetável, passaram a ser crescentemente usadas na Europa. Nos Estados Unidos e na América Latina, ao contrário, ao lado do crescente consumo de cocaína como droga prevalente, começa a ser cada vez mais usada a heroína. Nos Estados Unidos, mais de onze milhões de pessoas compram drogas ilícitas e as usam mais de uma vez por mês, gastando entre 50 e 150 milhões de dólares por ano nesse mercado (4).

Em relação às drogas lícitas, o uso de álcool e tabaco continua como problema sério, com significativo impacto na saúde e nas economias, em especial do setor saúde, nos dois hemisférios.

Várias explicações têm sido tentadas para explicar o fenômeno, que reflete o grande crescimento do cultivo, da produção e da comercialização de drogas ocorrido nas últimas décadas – resultado da adoção de importante e significativo desenvolvimento tecnológico no transporte, na comunicação e na informatização, que tornaram o movimento daquelas substâncias e dos lucros de seu comércio facilitados, mas não foram suficientes para as autoridades dos diversos países reprimirem com eficácia o tráfico.

Em verdade, as considerações de ordem econômica sempre foram, historicamente, as preponderantes em relação à regulação da produção, do comércio e do consumo de drogas, inclusive no que diz respeito à legalidade ou ilegalidade do consumo de todas as drogas. Só para exemplificar, devemos lembrar a duradoura guerra fiscal, comercial e de fato que travaram Portugal e Espanha contra a Inglaterra e a Holanda pelo comércio do tabaco, nos séculos 17 e 18, e que, no final do século 19, mais da metade dos ingressos da Grã-Bretanha provinha do comércio monopolizado do ópio em suas colônias.

O problema do uso de drogas é, hoje, universal, mas diferenciado entre os vários países e culturas. Como processo de industrialização, comercialização e consumo, encontra-se estendido em todo o mundo; no entanto, não existem níveis similares de produção ou consumo em todos os países (5). Sua transcendência, como problema social, contudo, deriva não apenas do aumento real de sua incidência e prevalência, mas também da melhoria dos sistemas de informação sobre o assunto, do aumento da oferta de serviços médico-sociais de atenção a consumidores, da superposição da epidemia de aids e da cobertura desproporcional que os meios de comunicação têm dado ao problema.

Em geral o número de consumidores e de dependentes é desconhecido, principalmente quando se trata de drogas de consumo minoritário e pouco aceito socialmente. A demanda por drogas ilícitas parece ser maior em populações com altos índices de desemprego entre jovens, com problemas habitacionais, limitadas oportunidades de educação, serviços de saúde insuficientes ou negligenciados e criminalidade elevada. Em alguns países, minorias étnicas são sobre-representadas entre os usuários de drogas injetáveis.

Os estudos mostram que os usuários de drogas ilegais têm idade entre 18 e 45 anos e são mais frequentemente do sexo masculino. Segundo esses estudos, o uso de drogas, lícitas e ilícitas, se inicia na adolescência e princípio da idade adulta. Os jovens são, assim, os principais alvos tanto das indústrias tabaqueira e alcooleira e do tráfico de drogas ilegais como dos programas de prevenção e assistência.

O uso de drogas no Brasil

A opinião da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde é de que somos “uma sociedade afetada de forma dramática pelo uso indevido de drogas” (6).

Com vistas a estimar montantes dos custos relativos ao uso e abuso de drogas em termos de saúde pública, têm sido considerados os gastos com assistência médica e perdas de produtividade decorrentes do uso de drogas por trabalhadores, e sociais, decorrentes de mortes prematuras. Assim, segundo o Ministério da Saúde, o custo imposto pelo uso de drogas psicoativas corresponde, em seu conjunto, a 7,9% do nosso Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, cerca de vinte e oito bilhões de dólares ao ano. Apenas o tratamento de doenças tabaco-associadas gera gastos que correspondem a 2,2% do PIB, enquanto o tratamento de casos de abuso de outras drogas (exclusive álcool) gasta 0,3% do PIB.

No período de 1995 a 1997, o País gastou, só com internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, cerca de cem milhões de reais ao ano. Nesse período, o alcoolismo ocupou o quarto lugar no grupo de doenças que mais incapacitam; a cirrose alcoólica do fígado foi a sétima causa de óbito na população com mais de quinze anos e cerca de 25% dos casos novos de aids, notificados ao final do período considerado, estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis. Os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas foram o primeiro motivo de internação psiquiátrica e estiveram entre as cinco primeiras causas de internação hospitalar, no País.

De 1993 a 1997, o número de internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) apenas para tratamento da condição classificada como “dependência de droga” (CID 304) duplicou, enquanto os gastos totais com essas internações passaram de cerca de novecentos mil dólares ao ano para quase três milhões. A assistência a doenças tabaco-associadas custa ao SUS outros oitenta milhões ao ano.

Estudo realizado em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo encontrou que de 10% a 15% da força de trabalho empregada naquele Estado tem problemas de dependência de drogas e/ou álcool. As decorrências desse fato são que o grupo afetado solicitou três vezes mais licenças médicas; esteve envolvido em 15% a 30% (segundo o setor industrial) dos acidentes de trabalho ocorridos no período estudado; foi responsável por 50% do absenteísmo e utilizou um número oito vezes maior de diárias hospitalares que os demais. As famílias dos trabalhadores com problemas de dependência química utilizaram três vezes mais serviços de assistência médica e social que a média.

O alcoolismo parece ser a principal dependência química responsável por esse quadro – pelo menos é o que mostram os estudos nacionais que a pesquisaram separadamente das demais. Assim, um programa de prevenção ao alcoolismo implantado na Petrobrás reduziu, após dezoito meses, em 47% o número de dias de licença médica e em 45% o de faltas ao trabalho. (7)

O uso de álcool é também responsável pela maioria dos acidentes de trânsito em nosso meio: segundo estudo realizado com patrocínio do Sistema Nacional de Trânsito, realizado em 1997

em quatro cidades brasileiras (8), 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito apresentavam alcoolemia positiva, sendo que essa proporção aumentava para 71,1% e 63,6% quando se tratava de acidentes por choque e capotamento, respectivamente. 56,2% das pessoas que sofreram atropelamento apresentavam algum nível de álcool no sangue.

A proporção detectada de outras drogas foi pequena: a maconha foi encontrada em 10% dos envolvidos com acidentes de trânsito em Recife, mas em bem menos da metade dessa proporção nas demais cidades; a cocaína foi detectada em menos de 4% e outras substâncias psicoativas em proporções ainda menores: benzodiazepínicos (3,4%), barbitúricos (1,5%), anfetamínicos (0,6%) e opioides (0,3%).

Um aspecto preocupante do problema é o uso de drogas por crianças e adolescentes. Todos os estudos mostram que existem padrões de consumo diferentes entre crianças e adolescentes e adultos (9). Está claramente estabelecido que a dependência de tabaco, por exemplo, se estabelece na adolescência, uma vez que 82% dos adultos tabaquistas iniciaram-se no uso dessa droga antes dos 18 anos. (10) Também foi comprovado que aqueles que começam a beber antes dos 15 anos de idade têm um risco quatro vezes maior de se tornar alcoólatras que aqueles que começam a beber depois dos 21 (11).

Os Estados Unidos (11) e a Europa (12) vêm apresentando, nos últimos dez anos, um grande crescimento do número de adolescentes expostos a drogas, do uso de drogas por crianças e adolescentes e de urgências médicas e óbitos relacionados ao uso de drogas por essas faixas etárias. Têm sido registradas também variações temporais no padrão de uso. Atualmente, nota-se pequena redução no uso de tabaco, grande aumento do uso de álcool e de maconha, substituição da cocaína e dos anfetamínicos pela heroína e da via injetável pelo fumar ou cheirar.

No nosso meio, o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes vem sendo monitorado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID), de São Paulo, pela realização, desde 1987, de levantamentos sistemáticos do uso indevido de drogas por estudantes de primeiro e segundo grau e crianças e adolescentes de rua. Essas pesquisas confirmam a tendência mundial que aponta em direção à iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada no uso abusivo de drogas.

O último levantamento, realizado em 1997, mostrou, entre outras coisas, que, em nosso País:

- a iniciação no uso de drogas se dá muito cedo: 51,2% dos estudantes pesquisados já tinham usado álcool antes dos 12 anos de idade; 11,0%, tabaco; 7,8%, solventes; 2,0%, ansiolíticos e 1,8%, anfetamínicos;

- álcool (15,0%) e tabaco (6,2%) são as drogas mais frequentemente consumidas, isto é, são usadas rotineiramente (seis ou mais vezes por mês); as outras drogas consumidas nessa intensidade são: solventes (1,3%), maconha (1,1%), ansiolíticos e anfetamínicos (0,7% cada um) e cocaína (0,4%);

- é crescente a tendência de uso frequente de maconha (em dez das cidades estudadas), de cocaína e de álcool (em seis cidades, cada um);

– é crescente a tendência de uso pesado (vinte ou mais vezes ao mês) de maconha e álcool (dez cidades).

Os meninos de rua são, em várias partes do mundo em que o comportamento foi estudado, o grupo populacional em que se encontraram as mais altas taxas de prevalência de uso de drogas (12). Em nosso País, o CEBRID encontrou, em 1993, que entre 57,0% e 90,5% das crianças de rua estudadas, de cinco grandes cidades brasileiras, consumiram drogas pelo menos uma vez na vida, e entre 23,5% e 76,0% faziam uso frequente. As drogas mais consumidas por essas crianças eram o tabaco (acima de 70% de uso diário), os inalantes (entre 24% e 42%), a maconha (entre 10% e 25%) e o álcool (6% a 30%). O uso de cocaína foi encontrado apenas nas cidades da Região Sudeste, onde alcança a taxa de 4,5% a 6% de uso diário, e o de anticolinérgicos, na Região Nordeste (8% a 18%). O uso de medicamentos tinha tomado dimensão de epidemia em Fortaleza, entre esses menores: passou de 25,5% de uso diário em 1989 para 42,0%, em 1993.

Políticas de controle do uso de drogas. Como é entendida a prevenção do uso de drogas entre adolescentes, segundo as diferentes políticas de controle

As formas com que as diferentes sociedades vêm enfrentando o problema têm-se concentrado, basicamente, em três estratégias: a redução da oferta, a redução da demanda e a redução de danos, ou associações entre elas.

A. A guerra às drogas ou política de redução da oferta

A mais antiga política é o denominado proibicionismo que se caracteriza pela criminalização do uso, da posse, do cultivo, da importação, da venda e da distribuição de qualquer quantidade de droga. Sua implementação pressupõe enormes gastos com repressão policial, uma legislação coerente, um sistema judiciário ágil e um grande sistema prisional.

É a política adotada pelo governo americano desde que aquele país teve uma política a respeito, na década de 50. Hoje essa política tem por objetivo não apenas reduzir o suprimento de drogas ilícitas para os Estados Unidos, mas também reduzir a demanda interna. Prioridade para ações voltadas para a redução da produção nas fontes estrangeiras, a interdição e destruição das linhas de suprimento e para o desincentivo econômico ao tráfico internacional se justifica uma vez que quatro quintos do volume de drogas consumidos naquele país têm origem externa, incluindo a quase totalidade da cocaína e da heroína.

A implementação dessa política custa aos cofres públicos americanos, atualmente, a bagatela de 15,1 bilhões de dólares anuais, 67% dos quais destinados a ações visando a redução de suprimento³⁷. O governo britânico gasta 6,4 bilhões de dólares ao ano com sua política antidroga (4 bilhões de libras).³⁸

37 ESTADOS UNIDOS. Foreign Affairs and National Defense Division. PERL, R.F. *Drug Control: International Policy and Options*. Washington: Congressional Research Service, 1997

38 Drug abuse cost 4 billion pounds sterling and 1,800 lives every year, and is rising among children. *The Guardian*, Londres, 28 abr. 1998.

Como resultado dessa política, cerca de setecentas mil pessoas estavam encarceradas, nos Estados Unidos, no ano de 1997, por crimes relacionados a drogas, enquanto dois e meio milhões de outras cumpriam penas alternativas. O número de encarcerados por drogas correspondia a 43% do total de prisioneiros, naquele ano.

B. Redução da demanda

As políticas de redução da demanda são executadas fundamentalmente através de três estratégias: ações educativas para prevenir o uso e a dependência; a disponibilização de tratamento para curar e medidas para aumentar o preço e o risco de apreensão ao nível do consumidor.

A educação para o desencorajamento do uso e para criar desaprovação social ao uso de drogas tem sido utilizada como principal tática, voltada especialmente para crianças e adolescentes escolarizados, com resultados duvidosos e questionados. Uma recente avaliação dos programas educativos americanos³⁹ evidenciou que, pela primeira vez, desde 1992, o nível de consumo de drogas entre adolescentes não aumentou no último ano, ao mesmo tempo em que aumentou o índice de desaprovação do uso, entre esse grupo.

Ainda que encorajadores, esses resultados não foram considerados suficientes pela Secretária de Saúde americana, que exortou todos, em especial pais e professores, a redobram seus esforços para “fazer os jovens entenderem que o abuso de drogas é ilegal, perigoso e errado”. Essa colocação parece sintetizar os objetivos da ação educativa empreendida naquele país.

Em nosso País, a maioria dos programas de prevenção primária do consumo de drogas desenvolvidos são pontuais, não permanentes, carentes de fundamentação científica e de uma avaliação adequada.

De qualquer forma, os programas de prevenção baseados na escola deixam a descoberto exatamente aquelas crianças e adolescentes de maior risco de uso de drogas: as crianças de rua e as que abandonam a escola em decorrência de problemas familiares.

A realização de campanhas de comunicação social também tem sido usada com objetivos educativos e de difusão de informação. A avaliação de seus resultados, quando ocorre, tem-se limitado a medir a exposição da população a elas e sua aceitação, mas, em geral, se desconhece sua efetividade (1)

Assim, a eficácia da educação para a prevenção do uso de drogas (inclusive tabaco e álcool) permanece contenciosa. No entanto, a disseminação de informação sobre o risco de infecção pelo HIV e da aids, especialmente quando dirigida para grupos de usuários de drogas por via endovenosa (UDI), com alto risco de compartilhamento de seringas, feita por fontes oficiais e não-oficiais, provavelmente alterou o curso da epidemia em alguns países.(2)

De qualquer forma, as ações de comunicação social e de difusão de informação dirigidas a usuários de drogas, em especial para UDI, são consideradas ações importantes, se não para reduzir a demanda, para reduzir danos decorrentes do uso, em especial a infecção pelos vírus da aids

39 ESTADOS UNIDOS. Departamento de Saúde e Serviços Sociais. *Monitoring the Future. 23rd Annual Report*. dez. 1997.

e das hepatites. O planejamento dessas ações tem de considerar, no entanto, que, na medida em que, presumivelmente, usuários de drogas ilícitas têm menor acesso aos meios de comunicação social, essas ações devem ser dirigidas especificamente a eles. Nos países industrializados, as atividades de informação e comunicação voltadas para essa questão tornaram-se, nos últimos anos, mais dirigidas, mais explícitas e mais caras, mas provavelmente mais eficazes também.

Nem sempre é válido afirmar que as mudanças de comportamento decorrem de mudanças de atitudes e que essas requerem mudanças de conhecimento. O nível de conhecimento das crianças americanas escolarizadas sobre álcool, tabaco e outras drogas é considerado excelente, sem que isso resultasse em diminuição no uso daquelas drogas por eles. É possível que alguns comportamentos e mudanças que possam ocorrer reflitam a influência ou pressão de pares e familiares ou que sejam as mudanças de comportamento que sejam seguidas de mudanças de atitudes e de conhecimentos.

A oferta de serviços médicos e sociais de tratamento, orientados para a abstinência, também tem sido uma tática nem sempre vitoriosa para a redução da demanda. Os resultados são, geralmente, pobres.

Uma recente avaliação desses serviços e programas, conforme têm sido utilizados nos Estados Unidos (3) mostrou que esses tratamentos estão, na sua maioria, orientados para a reestruturação e o envolvimento familiar, por basearem-se na teoria de que o abuso de drogas por jovens é decorrência de famílias disfuncionais. Ainda que essa abordagem tenha mostrado bons resultados, não é adequada para todos, devendo ser buscadas alternativas tecnológicas.

Vacinas contra a cocaína vêm sendo investigadas por vários laboratórios, tanto para uso terapêutico como profilático da dependência. Sua disponibilidade para uso clínico, no entanto, não ocorrerá tão cedo. Não até que se realize a totalidade dos testes necessários e se resolvam algumas implicações éticas que seu uso suscitará (4).

Em relação às drogas lícitas – nosso principal problema – a principal tática com vistas à redução da demanda consiste na proibição – ou pelo menos a restrição – da promoção e da publicidade daqueles produtos. Não foi outra a intenção do constituinte de 88 quando dispôs que a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, (...) medicamentos, (...) estará sujeita a restrições legais⁴⁰.

Essa questão da restrição ou proibição da publicidade de bebidas alcoólicas e tabaco permanece na ordem do dia há muitos anos, com defensores e opositores ferrenhos, em embate acalorado. Os argumentos arregimentados contra e a favor da medida são de natureza tanto filosófica quanto prática. Mesmo os que buscam bases empíricas não concordam plenamente quanto à influência da propaganda sobre a iniciação e o uso de bebidas e tabaco, em especial sobre crianças e adolescentes.

40 Constituição Federal. Art. 220, § 4º.

Os principais argumentos filosóficos contra a propaganda de álcool e tabaco estão baseados na suposição de que ela é eficaz para promover o uso entre crianças e adolescentes e que eles não dispõem de condições para bem avaliar e defender-se das mensagens enganosas da publicidade. Cabe aos adultos, pais, professores e autoridades, protegê-los e decidir por eles.

A posição contrária, favorável à liberdade de propaganda, baseia-se em princípios muito caros ao liberalismo: o de que uma sociedade liberal normalmente deixa as pessoas tomarem suas próprias decisões, por mais insensatas que sejam, providenciando para que sejam informadas da natureza dos riscos que estão correndo, e as que queiram correr o risco, paguem por suas decisões. Ainda assim, boa parte desse grupo reconhece que esse princípio não se aplica às crianças, que nem têm condições de corretamente avaliar os riscos que estão correndo nem bem podem ser responsabilizadas pelas consequências de seus atos. Assim, mesmo entre os que defendem a liberdade para a propaganda poucos defendem a promoção de álcool e cigarros dirigida a menores.

Os argumentos de natureza técnica se baseiam em estudos que buscam explicar os fatores que influenciam o uso de cigarros e álcool. Nos Estados Unidos, muitos estudos (5) têm mostrado que os fatores-chaves responsáveis pelo uso de tabaco por jovens, por exemplo, são a influência dos seus pares (colegas, turma) e da família. Outros, no entanto, realizados pelo próprio governo americano, confirmaram “a influência dominante da publicidade em persuadir adolescentes a fumar”⁴¹. A tentativa de explicar por que o uso de tabaco estava diminuindo entre adolescentes negros enquanto aumentava entre brancos encontrou que havia muito mais controle e restrição ao uso por parte das famílias negras que das brancas, que os adolescentes negros dispunham de menos dinheiro para comprar cigarros regularmente, que praticavam muito mais esportes ao ar livre que os brancos e que consideravam fumar tabaco “coisa de branco”. (5)

A indústria tabaqueira, no entanto, não tem tantas dúvidas: não apenas aumentou em mais de 20% seus gastos totais com publicidade, nos Estados Unidos, entre 1990 e 94, como passou a dirigir de 7,7%, em 1990, a 25,8%, em 1994, desse montante para a promoção de seus produtos entre crianças e adolescentes (6).

A distribuição de itens promocionais de cigarros tais como camisetas, bonés, jaquetas, isqueiros, artigos de *camping* e esporte e similares, foi encontrada como efetiva para promover o uso de tabaco entre escolares americanos: os estudantes que possuíam tais artigos corriam um risco 4,1 vezes maior de tornarem-se tabaquistas que os que não os possuíam. (7).

É similar a situação em relação ao álcool. Ao mesmo tempo em que existem evidências de que o uso (ou não) e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas está relacionada a fatores de natureza psicossocial, como influência da família e das normas comunitárias, ao acesso dos jovens a bebidas e ao contexto no qual o consumo é feito pelos jovens, crescem-se evidências de que, da mesma forma que com o tabaco, a publicidade tem efeito de estimular o consumo pelos jovens (7)

41 ESTADOS UNIDOS. Departamento de Saúde e Serviços Sociais. Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. Washington: Departamento de Saúde e Serviços Sociais, 1994.

Existe, atualmente, nos Estados Unidos um forte movimento de base comunitária cujo objetivo é pressionar o governo para atuar em relação ao álcool como vem atuando em relação ao tabaco. Seu principal objetivo é a obrigatoriedade de contrapublicidade de bebidas alcoólicas, dirigida a adolescentes. De qualquer forma, a indústria alcooleira já tomou a iniciativa de uma grande campanha visando prevenir o desastroso cenário que aflige atualmente a indústria do tabaco, tratando de mostrar que seus produtos são éticos e que ela não tem nada a esconder.

A restrição ao acesso de menores a drogas lícitas também é uma tática importante, que, no entanto, não tem alcançado os resultados satisfatórios em nosso País, onde já existem leis proibindo a venda de tabaco e bebidas alcoólicas a menores, leis essas que não são cumpridas nem fiscalizadas. Em verdade, a experiência americana também mostrou que, lá, leis similares não impediam que um volume enorme de cigarros fosse vendido anualmente a menores (8). Quando se associou à legislação dessa natureza uma ação educativa dirigida a comerciantes daqueles produtos, a venda a menores diminuiu (8).

Outra forma de prevenção do uso de drogas utilizada com sucesso em alguns experimentos consiste no estímulo e no amparo ao esporte amador, em especial em áreas carentes.

Por fim, o aumento do preço dos cigarros e das bebidas alcoólicas – principalmente às custas de taxaço – tem sido apontado como uma tática de bons resultados na diminuição do consumo (9).

C. Redução de danos

Redução de danos (10) é uma estratégia que orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas para a saúde do uso de drogas sem, necessariamente, diminuir ou interferir no consumo (11).

Essa estratégia tem sido utilizada com sucesso principalmente na prevenção da transmissão do HIV e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, entre UDI, e de outros danos associados ao uso de drogas. Aplicada à redução dos danos decorrentes do tabagismo, por exemplo, essa estratégia resulta em oferecer, pelos serviços de saúde, adesivos de liberação transdérmica de nicotina e reduzir, por via legal, teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono.

A estratégia está bem testada na Austrália, em alguns países europeus (Holanda, Reino Unido e Espanha) e em alguns projetos americanos⁴², onde têm mostrado resultados muito positivos em relação à redução do risco de infecção pelo HIV, tanto entre UDI como na população em geral.

O princípio da redução de danos aplicado à prevenção da transmissão do HIV entre UDI tem gerado programas (2) cujos principais objetivos são disponibilizar equipamento estéril para injeção; oferecer programas de manutenção com metadona para dependentes de opiáceos; imunizar os UDI contra a hepatite; educar, informar e organizar os UDI; estender e diversificar serviços de tratamento.

42 Em virtude da política de drogas dominante nos Estados Unidos, os programas de troca de seringa são em pequeno número e levados a cabo por um 'entusiástico banco de guerrilheiros urbanos' (Wodack). Em 1994, existiam, em operação, apenas 76 programas, em 55 cidades.

Ao contrário dos supostos efeitos negativos que os oponentes da estratégia previam como muito prováveis, os programas de redução de danos dirigidos a UDI promoveram redução do consumo, da prática de injeção, do compartilhamento de seringas e de práticas sexuais de risco, além de aumentarem o número de pessoas atendidas em serviços de tratamento.

Considerando a importância estratégica do controle da infecção pelo HIV entre os UDI para o controle da epidemia de aids, programas de redução de danos voltados para esse segmento populacional são uma prioridade.

Conclusão

Os principais problemas de uso abusivo de drogas, em nosso País, entre menores e adultos, são causados por duas drogas lícitas: álcool e tabaco.

Em termos de transcendência, isto é, de custos sociais associados a essas doenças, são o álcool e o tabaco as drogas que impõem os mais altos gastos, públicos e privados, em decorrência de necessidades aumentadas de assistência médica, de perdas em produtividade, de danos ao patrimônio público e privado e em vidas e anos de vida perdidos.

Se é para definir uma prioridade na luta contra as drogas para o Brasil, a prevenção e o tratamento do uso abusivo de álcool e de tabaco devem ser essa escolha.

As principais estratégias voltadas para o atingimento desse objetivo passam, como prioridades de atuação, pelo banimento da promoção e da publicidade comercial daqueles produtos; pela implantação de programas de prevenção primária, de forma permanente, bem embasados cientificamente e corretamente avaliados, e pela implantação de serviços de atenção médico-social a transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, com especial atenção para os usuários e dependentes de álcool e tabaco.

Em razão da sua importância estratégica para o controle da epidemia de aids, a expansão de programas de redução de danos dirigidos a UDI configura-se também uma prioridade em nosso País.

Como um dos segmentos populacionais de mais elevado risco de abuso de drogas, os meninos de rua deveriam ter atenção prioritária.

28 de maio de 1998.

Referências

1. De La Fuente, L. & Barrio, G. Prevención de los problemas asociados con el uso de drogas ilegales. In: La Salud y el Sistema Sanitario en España. Barcelona: SG Editores e Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 1995. (Informe SESPAS, 1995)
2. Wodak, A. et al. HIV infection among injecting drug users in Asia: a evolving public health crisis. *Aids Care*, v. 5, n. 3, p. 315-22, 1993.
3. Glantz, M.D. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. mar. 1998.
4. Cohen, P.J. Immunization for prevention and treatment of cocaine abuse: legal and ethical implications. Todos esses artigos foram publicados na revista *Drug and Alcohol Dependence*, v. 48, n. 3, p. 149-14, 1997.
5. Worsnop, R. Teens and Tobacco. *CQ Resercher*. Congressional Quartely Inc. dec. 1995.
6. Sargent, J.D. et al. Cigarette Promotional Items in Public Schools. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, v. 151, p. 1189-96, 1997.
7. Slater, M. Alcoholism & Drug Abuse Week, v. 9, n. 41, p.7, out. 1997.
8. Cummings, K.M. et al. The illegal sale of cigarettes to US minors: estimates by state. *American Journal of Public Health*, v. 84, p. 300-2, fev. 1994.
9. Keay, K.D. et al. Effect of a retailer intervention on cigarette sales to minors in San Diego County, California. *Tobacco Control*, v. 2, p. 145-51, 1993.
10. Hu, T. et al. Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *American Journal of Public Health*, v. 85, n. 9, p. 1218-22, 1995.
11. WHO Expert Committee on Drug Dependence. WHO Technical Report Series nº 38. World Health Organization. Genebra, 1993)
12. Heather, N. et al. *Psychoactive Drugs and Harm-reduction: from Faith to Science*. Londres: Whurr Publishers, 1993

A Prevenção do uso de drogas (1998)

As primeiras reações à política proibicionista do governo americano se originaram do trabalho de um comitê conjunto da Associação Médica Americana e da Associação Americana de Advogados, cujas conclusões foram tornadas públicas em 1958. Em linhas gerais, esse documento considerava contraproducente a política seguida então, denunciava os clichês em voga como preconceitos insustentáveis, insistia que se devia investigar curas ou alívios ao invés de castigos para a adição e se lamentava de uma legislação injusta e inconstitucional, carente de requisitos formais e de conteúdo impróprio a qualquer norma positiva em um estado de direito.

O principal resultado dessa ação foi o reforço da posição contrária, proibicionista, que acusou os autores e, por extensão, as duas associações de serem coniventes com o tráfico, irresponsáveis e impatrióticos. O então diretor do Departamento Federal de Drogas classificou as propostas de utopias de intelectuais esquerdizantes. Do embate foi reforçada a opinião proibicionista, de tal forma que, a partir dos primeiros anos dos anos da década de 60, o orçamento daquele departamento passou a ser tão bem aquinhoado que seu diretor passou a ser conhecido como o Czar das Drogas.

A oposição de natureza jurídica ao proibicionismo, no entanto, não se abateu. Um número cada vez mais crescente de vozes se fazem ouvir principalmente contra a incompatibilidade da criminalização da posse de drogas para uso pessoal e os postulados de um Estado Democrático de Direito. Tal comportamento se situa na esfera individual, não atinge a terceiros, se inserindo, assim, no campo da intimidade e da vida privada, em cujo âmbito é vedado ao Estado e ao Direito penetrar. A criminalização do uso é entendida como ampliação do poder do Estado de punir. (1)

Não são os argumentos de ordem jurídica, no entanto, que se mostraram efetivos para a mudança de perspectiva das políticas públicas de controle do abuso de drogas, mas sim os custos econômicos e sociais dessas políticas e sua fraca efetividade.

Iniciou-se há alguns anos, na Austrália, um movimento com o objetivo de promover a reforma da lei e da política de drogas naquele país (2). Com base no Parlamento e envolvendo membros da comunidade, esse movimento promove estudos e debates e propugna uma mudança radical de enfoque e de política em relação a drogas, baseada na não proibição das drogas.

A origem do movimento foi a constatação de que a política de drogas adotada parecia não estar funcionando: apesar da proibição, os problemas sociais, econômicos e de saúde, associados ao uso de determinadas drogas ilícitas, estavam atingindo nível muito elevado. Existia, assim, um sentimento de necessidade de buscar abordagens alternativas para o problema do uso dessas drogas.

Os princípios que orientam esse movimento e suas proposições contra a proibição das drogas são os seguintes:

1. todas as sociedades, primitivas e letradas, antigas e contemporâneas, utilizaram, com maior ou menor intensidade, drogas psicoativas; ao invés de proibir o uso dessas drogas dever-se-ia buscar condições de convivência que permitam prevenir ou, pelo menos, reduzir, os danos causados pelo seu uso;

2. a proibição não reduziu nem o cultivo nem a produção de ópio, coca ou canabis; ao contrário, entre 1985 e 1993, a produção global de ópio triplicou e a de coca duplicou; os sucessos no combate ao cultivo e à produção em determinadas regiões ou países na grande maioria das vezes apenas substituíram a produção local por importação ou uma área produtiva ou cartel por outro, em curto prazo de tempo; na experiência australiana, a restrição ao uso da canabis estimulou um crescimento espetacular do consumo de anfetaminas e, na experiência mundial, quando é reprimido o uso de uma droga que está bem estabelecido, em geral essa droga é substituída nesse mercado por outra mais concentrada, com rápido impacto sobre sua toxicidade e aumento do número de problemas de saúde associados, entre usuários;

3. a proibição não reduziu o tráfico nem as vendas de drogas ilícitas; é estimado que apenas 5% a 10% das drogas ilícitas são apreendidas na rota de sua distribuição, mesmo em países com eficiente combate ao tráfico; o preço e o grau de pureza de cocaína, apreendida nas ruas das grandes cidades americanas, voltam aos padrões anteriores em pouco tempo após a apreensão de grandes quantidades de droga, sugerindo a disponibilidade de grandes estoques e que a ação policial apenas desorganiza temporariamente as redes de distribuição;

4. a proibição não reduziu o consumo de drogas ilícitas; nesse último quartel de nosso século, ao mesmo tempo em que se intensificou a chamada guerra contra as drogas, o seu consumo se ampliou e passou a atingir um número crescente de países;

5. a proibição não reduziu a criminalidade associada a drogas; segundo dados do *Australian Bureau of Criminal Intelligence* (2), a taxa de delitos associados a droga, naquele país, aumentou de 150 por 100.000 habitantes, em 1980, para 500, em 1992, durante a vigência de legislação e política de combate às drogas; segundo essas mesmas autoridades, a violência associada à heroína está mais associada às políticas visando seu controle do que a qualquer das propriedades farmacológicas da droga. Por outro lado, a política de guerra às drogas e as leis que a conformam tem enchido as cadeias de usuários de drogas, com um custo social altíssimo e sem resultados visíveis sobre a redução da criminalidade. O relatório do *Australian Parliamentary Group for Drug Law Reform* (2) conclui que um dos resultados da guerra às drogas implementada nos últimos anos foi o aumento do mercado negro, o florescimento do crime organizado e o aumento da corrupção policial;

6. a proibição aumentou os problemas de saúde associados ao uso de drogas, em decorrência da adoção de práticas de maior risco, por parte dos usuários, da ausência de controle do grau de pureza e da qualidade das drogas utilizadas, da adoção da via endovenosa para administração, da dificuldade de acesso a usuários por parte de programas de prevenção e do medo dos dependentes de procurar tratamento e serem indiciados. O número de mortes associadas ao uso de drogas vem crescendo na maior parte dos países, desde o início da década de 70. A epidemia de aids, por outro lado, representa um risco adicional para usuários, seus parceiros sexuais e seus filhos; a restrição ao acesso a seringas e agulhas estéreis – que as políticas de proibição produzem – aumenta a taxa de compartilhamento desses equipamentos e favorece a disseminação de infecções virais

de transmissão sanguínea, especialmente a aids e as hepatites, com importante impacto sobre as estatísticas de incidência e mortalidade associadas a essas doenças;

7. a manutenção de programas de repressão a drogas impõe um desvio de vultosos montantes de recursos públicos, com baixíssimo rendimento. É estimado que os Estados Unidos gastam, por ano, acima de sessenta bilhões de dólares com repressão à drogas, o que corresponde a cerca de cinco vezes o orçamento do nosso Ministério da Saúde.

Os Doutores Wodak e Owens concluem magistralmente essa análise em seu livro anteriormente citado (2): “Nós vimos que, sob a proibição, mais ópio e coca são cultivados a cada ano. Refinar essas plantas e transformá-las em drogas não representa problema para os traficantes de droga. Apenas uma pequena proporção de drogas ilícitas é detectada durante o transporte. As vendas ocorrem com mínimo impedimento. A proibição foi bem sucedida em aumentar os custos sociais, sanitários e econômicos do uso de drogas, mas não teve sucesso em reduzir o consumo de drogas. A proibição tem sido um fracasso caro, inefetivo e contraprodutivo. Não apenas a proibição falhou: ela não tem possibilidade de sucesso. Cada ano, a mudança tecnológica, o desenvolvimento geopolítico e o novo ambiente comercial fazem o trabalho da proibição cada vez mais difícil.”

O movimento contra a proibição é hoje vigoroso em vários países europeus e cresce em importância nos países latino-americanos.

Referências

1. Karan, M.L. Drogas: a irracionalidade da criminalização. Conferência apresentada à IX Conferência Internacional sobre Redução de Danos Decorrentes do Uso de Drogas. São Paulo, 1998. Ver também: MAIEROVITCH, W.F. As drogas e o crime organizado. Correio Braziliense.

2. Australia. Parliamentary Group for Drug Law Reform. Drug Lore - the questioning of our current drug law. (A report based on the transcripts of the Parliamentarian's Inquiry and on papers presented to the Seventh International Conference on Reduction of Drug Related Harm. Hobart, Tasmânia, Mar. 1996). Camberra, 1997. Ver também: WODAK, A., OWENS, R. Drug Prohibition: a call for change. Sidney: University of New South Wales Press, 1996.

4.5 - O tabaco e as finanças públicas (2000)

Em 1997, cinquenta estados norte-americanos pleitearam e ganharam das multinacionais tabaqueiras que atuam naquele país, por via de um acordo entre as partes, indenizações num montante de 246 bilhões de dólares, a título de ressarcimento dos gastos públicos com a assistência e o tratamento de pessoas acometidas de doenças tabaco-associadas, a ser pago nos vinte e cinco anos seguintes. Naquele mesmo ano, o governo federal americano também entrou na Justiça pela mesma razão.

Há já algum tempo, a imprensa nacional noticiou que o Ministério da Saúde e dois governos estaduais planejam ações indenizatórias similares contra a indústria de tabaco, a ser empreendida não no País, mas nos Estados Unidos, sede das principais multinacionais atuantes aqui. A alegação, aqui e lá, é de que os gastos do sistema público de saúde com a assistência às doenças tabaco-associadas suplantam os ganhos obtidos com a taxação da agroindústria e do comércio de produtos de tabaco.

Nos Estados Unidos, esse argumento não foi suficiente para dar ganho de causa ao governo, mas a revelação de que a indústria tabaqueira sabia – muito antes dos epidemiologistas e cientistas do governo – que o tabaco causa câncer e que a nicotina vicia, e escondeu essas informações do público e dos consumidores de seus produtos, tomou relevância e mudou a opinião pública e dos magistrados. O mais grave e mais efetivo para a sentença de culpa da agroindústria tabaqueira foi a demonstração, por meio de documentos das próprias empresas, de que elas definiram suas estratégias mercadológicas baseadas nesses fatos, especialmente dirigindo seus esforços promocionais para a captação precoce de consumidores-dependentes, sobretudo crianças e adolescentes. Nesse contexto, é cada vez mais prevalente a concepção de que a publicidade desses produtos é – no mínimo – enganosa.

Ações contra as indústrias de tabaco não são novidades nem aqui nem nos Estados Unidos – em 1954 já havia ações na justiça americana, impetradas por consumidores, contra a indústria –, mas esta é a primeira vez que o Estado assume a autoria dessas ações. Por que, no entanto, só agora – mais de quarenta anos depois da publicação dos primeiros relatórios científicos incriminando o tabaco – os governos resolveram acionar as indústrias?

A resposta é: porque só atualmente ganharam procedência os argumentos de que o governo gasta mais com a assistência das vítimas do tabaco do que ganha com os impostos que arrecada com ele.

Os *Centers for Disease Control and Prevention* – centro nacional de epidemiologia do governo norte-americano – estimam que as necessidades de assistência médica em decorrência do tabaquismo custam ao governo ianque cerca de cinquenta bilhões de dólares ao ano, atualmente [no ano 2000]. Esses gastos têm a seguinte composição: 26,9 bilhões em assistência hospitalar; 15,5 bilhões em honorários e salários médicos; 5,8 bilhões em assistência domiciliar e 1,8 bilhões em assistência farmacêutica.

Mas isso não é tudo. O *Office of Technology Assessment* – outro departamento do governo americano – calcula que o total dos custos sociais atribuídos ao tabaquismo é, pelo menos, 50% maior: além dos custos com assistência à saúde, essa toxicomania custou ao governo, em 1990, 40,3 bilhões de dólares em mortes prematuras e 6,9 bilhões em perdas de produtividade decorrentes de doenças e incapacidades causadas pelo uso do tabaco.

Em contrapartida, o total em impostos arrecadados em razão da produção e do comércio de tabaco não ultrapassa os 26 bilhões de dólares ao ano.

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde nos Estados Unidos, Inglaterra e Bélgica, mostraram essa mesma relação em outras partes: para cada dólar arrecadado em impostos sobre o tabaco, os governos despendem entre 1,3 e 1,6 outros em assistência médica para os problemas do fumo.

No Brasil, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde estimou que o tabaquismo custa ao Brasil cerca de 2,2% do seu Produto Interno Bruto, o que corresponde a, mais ou menos, vinte bilhões de reais ao ano.

Em 1997, o Sistema Único de Saúde gastou, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, 925 milhões de reais apenas com o tratamento dos três principais grupos de doenças tabaco-associadas: as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, os cânceres e a angina e o infarto agudo do miocárdio.

Um estudo realizado pelo *DataFolha* – instituto de pesquisa associado ao Jornal Folha de São Paulo –, em fevereiro de 1999, estimou gastos públicos da ordem de 743,3 milhões de reais com saúde e 2,7 bilhões de reais com previdência social, em decorrência do tabaquismo, anualmente, em nosso País.

Em contrapartida, o governo brasileiro arrecada em impostos sobre o tabaco, por ano, pouco mais de dois bilhões e pelo menos outro bilhão em divisas – o Brasil é o maior exportador de tabaco do mundo.

Nenhum desses estudos inclui estimativas do que perdemos em produtividade e o que custam ao País as mortes prematuras – que o Instituto Nacional de Câncer, em estudo de 1992, calcula serem da ordem de 7% do total de anos de vida perdidos com causas de óbito definidas, correspondendo a 302.635 anos de vida perdidos.

Mas porque só agora se, desde meados da década de 50, se sabia desses fatos e havia estudos econômicos disponíveis desde, pelo menos, meados da década de 60?

A resposta é muito simples: naquela época, a história natural do tabaquista consistia em iniciar-se no fumo no final da adolescência ou início da idade adulta, continuar – a grande maioria – produtivo (e bom pagador de impostos em decorrência de seu vício) até bem tarde na sua vida laborativa e, na idade de se aposentar, ou alguns anos depois, vir a morrer de uma doença tabaco-associada, cujo tempo de latência é de vinte e cinco a trinta anos. A tecnologia médica disponível nem permitia detectar precocemente nem tratar adequadamente essas doenças, de tal forma que a sobrevivência de um tabaquista acometido de uma doença tabaco-associada era pequena. O câncer de pulmão, por exemplo, na década de 70, era raramente identificado a tempo de ser

tratado com sucesso e o arsenal terapêutico era tão limitado que não mais de 8% dos pacientes com esse diagnóstico alcançavam uma sobrevida maior que cinco anos.

Um estudo britânico de 1996 demonstrou claramente o quanto o tabaquismo pode representar um diferencial de mortalidade importante. Entre 7.735 homens que foram acompanhados por quinze anos, apenas 42% dos que fumaram durante toda sua vida, começando aos vinte anos, chegaram aos 73 anos, comparado com 78% dos que nunca fumaram.

O custo da assistência médica às doenças tabaco-associadas, ainda que elevado, não era nada se comparado aos gastos evitados – pela morte prematura – de assistência médica, previdência e assistência social, por, em média, quinze anos – que é a esperança de vida de um aposentado saudável –, de uma significativa parcela da população.

É importante considerar que são exatamente os idosos os principais usuários dos sistemas de saúde, em especial dos sistemas públicos. No caso brasileiro, por exemplo, 57,5 % das hospitalizações pagas pelo Sistema Único de Saúde são de pessoas com mais de 60 anos (que correspondem a 7% da população); os idosos apresentam um coeficiente de hospitalização de 197,2 hospitalizações por 1.000 habitantes por ano (em comparação com 92,7 dos adultos e 52,6 das crianças) e ficam hospitalizados, em média, 1,4 dias por ano (em comparação com 0,5 dos adultos e 0,3 das crianças).

O tabaco foi, assim, por muitos anos, considerado o principal aliado dos sistemas de seguridade social dos países que adotaram políticas de *welfare*, ainda que ninguém – autoridades sanitárias, economistas, tabaquistas, antitabaquistas, representantes da agroindústria do tabaco – fizesse uso desse argumento por razões explicáveis: os antitabaquistas, porque sempre estiveram interessados em provar que o tabaquismo era antieconômico (e esse era o típico argumento contra) e os representantes da agroindústria tabaqueira porque, para adotá-lo, teriam de assumir que seu produto mata os consumidores (e essa nunca foi uma boa estratégia de *marketing*).

Além disso, isso tudo não parecia um assunto fácil de ser explicado ao público e assim, por muitos anos e após várias tentativas, os ministros da saúde tiveram que se contentar com campanhas educativas limitadas, toda vez que tentavam pôr em risco o valioso IPI do tabaco.

Em 1987, um estudo acerca das implicações econômicas do controle do tabaquismo sobre a sociedade e a economia dos Estados Unidos, publicado no *Jornal da Associação Médica Americana*, estimava um acréscimo médio de dois anos na esperança de vida ao nascer dos americanos e de quatro a cinco anos na dos fumantes, se o tabaquismo fosse controlado. Concluía que, em qualquer idade, os fumantes têm ou resultam em custos de assistência médica maior que os não-fumantes, mas, precisamente porque fumar tende a matar precocemente o fumador, os não-fumantes têm mais anos de vida, durante os quais utilizam mais serviços médicos. Assim, é possível que sejam os não-fumantes – e não os fumantes – que respondam por maior utilização dos sistemas de saúde: têm mais anos de idade propecta, anos esses frequentemente assolados por doenças crônicas e grandes contas médicas.

“Controlar o tabaquismo pode, simultaneamente, aumentar os custos do *Medicare*, em decorrência da expansão do número de pessoas elegíveis para o benefício. O quanto e se as contas

médicas dos fumantes sobrepõem os custos de anos adicionais de vida e assistência médica dos não-fumantes aguarda uma solução definitiva”, conclui o estudo.

No ano 2000, no entanto, a tecnologia médica disponível é outra, e permite não apenas detectar mais precocemente as doenças tabaco-associadas como tratá-las, de tal forma que, ainda que a elevados custos – e esta é a questão central –, as pessoas afetadas passaram a ter sobrevida longa, mesmo que muito dependentes dos sistemas de saúde, previdência e assistência social.

Para piorar a situação, o início no vício do tabaco ocorre cada vez mais cedo – graças aos bons resultados das estratégias de propaganda e *marketing* da agroindústria tabaqueira e dos meios de comunicação de massa. Segundo estudos nacionais e estrangeiros, a grande maioria dos usuários de tabaco se inicia em torno dos 12 anos de idade, atualmente. Desse modo, não apenas o número de tabaquistas doentes cresce como eles ficam doentes e se aposentam por invalidez mais cedo que seus pais e avós tabaquistas.

Hoje, os portadores de doenças pulmonares obstrutivas crônicas sobrevivem, por muitos anos, em grande dependência dos serviços de saúde, dos quais obtêm – permanentemente e a altos custos – equipamentos de ventilação assistida, tratamento médico e fisioterápico para suas frequentes complicações, e assistência farmacêutica, de enfermagem e de serviço social. Portadores de cânceres – 30% dos quais decorrem do uso de tabaco –, infartados e pessoas com deficiências físicas e mentais em razão de acidentes vasculares cerebrais têm, atualmente, elevadas sobrevidas após tratamentos caros e de longa duração.

A disponibilidade de unidades de tratamento intensivo, unidades coronarianas, tecnologia de diagnóstico por imagem, novas técnicas cirúrgicas e medicamentos, resgate e transporte aéreo e outros recursos caros não apenas reduziram a mortalidade associada às doenças tabaco-associadas como têm permitido um aumento significativo da sobrevida das pessoas afetadas por elas que, ao invés de morrerem, como antes, continuam vivas e utilizando muito os serviços de saúde.

E todas aposentadas pela previdência social.

Hoje, de colaborador, o tabaco passou a algo dos sistemas de seguridade social. E alguém tem de pagar essa conta que – por sinal – está ficando cada vez mais cara, dia após dia, em especial nesses tempos de ajuste fiscal, quando não há dinheiro nem para pagar os banqueiros credores.

Brasília, 18 de janeiro de 2000.

4.6 - Cartão vermelho para a FIFA ou quando o esporte faz mal para a saúde (2006)

As atividades esportivas – da mesma forma que as culturais – são dependentes de investimentos públicos. Quando eles não são aportados, seus promotores recorrem à iniciativa privada. A Copa do Mundo de Futebol de 2006 não escapou à regra e está sendo grandemente financiada por grandes marcas globais que pagaram mais de 75 milhões de reais em troca de direitos de exclusividade e *marketing* e em patrocínios.

Até aí nada de mais. O problema é que, entre os principais financiadores desta Copa estão alguns dos gigantes das indústrias de comida *fast-food*, de refrigerantes e de cervejas. Afora isso, várias seleções nacionais também estão sendo patrocinadas por essas marcas e vários jogadores – alguns dos nossos entre eles – estão fazendo publicidade para elas.

Isso não é de hoje. Estão na nossa memória Daiane dos Santos competindo nas últimas Olimpíadas com o nome de um refrigerante escrito em seu uniforme – marca que, por sinal, foi a patrocinadora oficial de nossa equipe naquele evento – e o Ministro dos Esportes baixando uma medida provisória para permitir a publicidade de cigarros num dos últimos prêmios da Fórmula Um, em São Paulo.

A Fifa, que em 2002 recebeu um prêmio da Organização Mundial da Saúde por ter promovido a “Copa do Mundo sem Tabaco” no Japão e Coréia, neste ano não apenas permitiu fumar nos estádios como isqueiros e cinzeiros estão entre os brindes oficiais do evento. A manifestação de organismos internacionais de saúde, de associações médicas e de organizações não-governamentais, que arrecadaram milhões de assinaturas no mundo inteiro pedindo a proibição de fumar e consumir bebidas alcoólicas nos estádios, demoveram os organizadores.

Num mundo assolado pelo crescimento da obesidade e das doenças crônico-degenerativas, associadas aos maus hábitos alimentares, ao tabaquismo, ao consumo de bebidas alcoólicas e ao sedentarismo, é inadmissível que um evento esportivo dessa magnitude ofereça uma plataforma de *marketing* de tamanha eficácia para, exatamente, os vendedores de hamburgeres, refrigerantes e cervejas.

Há muitos anos os produtores desses produtos e seus aliados, os publicitários e os meios de comunicação, sabem que a associação de seus produtos e suas marcas com valores positivos para a cultura – o esporte e o futebol entre eles – são necessários não apenas para promover seu consumo como para permitir sua sobrevida nesse mercado milionário a medida em que mais e mais evidências científicas apontam para sua culpa como favorecedores de obesidade, doenças cardíacas, diabetes e acidentes de trânsito. Sua sobrevivência a longo prazo depende disso. A experiência da agroindústria do tabaco está aí para comprovar.

Quando a pesquisa científica demonstrou cabalmente os malefícios do tabaquismo e da poluição tabáquica ambiental e, mais tarde, com o crescimento das restrições e da proibição à publicidade direta em vários países, a atividade promocional dos fabricantes de tabaco voltou-se

para a promoção de eventos culturais e desportivos, como forma de mudar sua imagem de matadora de gente para a de promotora de valores culturais e, em decorrência, agregar à sua imagem os valores positivos da obra de arte, do esporte e da música patrocinados.

Valendo-se do potencial de formadores de opinião de artistas e atletas, as empresas fabricantes de cigarros – como hoje os vendedores de *junk-food*, refrigerantes e cervejas – buscam fomentar a ideia de que seus produtos são bens aceitáveis e até desejáveis para um estilo de vida ligado ao esporte e às artes. E com isso aumentar sua sobrevida.

Por mais que os produtores dessa classe de eventos e as próprias autoridades desportivas afirmem que essas parcerias e patrocínios contribuem para o desenvolvimento do esporte na sociedade, o que é evidente é que, bem mais que isso, eles têm sido efetivos, mesmo, é para expandir o consumo de refrigerantes, de cervejas e de *fast-food*.

O fato de o consumo desses produtos ser contraditório com um estilo de vida saudável e com a própria prática desportiva não tem sido obstáculo ao desenvolvimento de estratégias de publicidade e *marketing* baseadas no esporte cada vez mais efetivas, em especial as dirigidas às crianças e aos jovens.

Um recente estudo, patrocinado pelo governo americano e publicado no *New England Journal of Medicine* de junho, comprova como o *marketing* de alimentos está dirigido intencionalmente para as crianças, que são imaturas para fazer distinção entre o que é publicidade e o que é verdade, e as induz a consumir alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos – mas altamente rentáveis para seus produtores e promotores. As companhias que os produzem e promovem têm tido tanto sucesso, conclui o estudo, que esse negócio não pode continuar a ser permitido.

O *marketing* dirigido a crianças constitui uma área nova de conhecimento e tecnologia, mas já desenvolveu métodos e processos que são considerados, de longe, mais intensos e penetrantes que os tradicionais. Entre os considerados mais efetivos está o endosso de celebridades, em especial o dos atletas da moda.

Uma outra característica dessa nova publicidade é o fato de que ela objetiva, explicitamente, minar as decisões dos pais em relação à escolha de alimentos consumidos pelos seus filhos, pelo empoderamento das crianças no sentido de que são elas, e não os adultos, que devem controlar essas escolhas. Nesse sentido, o estudo do *New England* evidenciou que, efetivamente, ela é eficaz: as crianças estudadas relataram que, em grande parte das famílias, costumam ser elas, e não seus pais, quem decide o que elas comem.

A uma indústria de alimentos e uma publicidade e meios de comunicação que têm esses objetivos deve ser permitido associar seus produtos e suas marcas a valores como o esporte, a saúde e a confraternização dos povos?

Por isso a Fifa merece cartão vermelho: o patrocínio de corporações multinacionais para promover o consumo de *fast-food*, refrigerantes e bebidas alcoólicas é uma violência contra o esporte e a saúde e se transformou num gol contra o enfrentamento de alguns dos maiores problemas de saúde coletiva do planeta e os objetivos da própria da Copa do Mundo.

Brasília, 3 de julho de 2006

4.7 - A experiência internacional de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis para prevenção da infecção pelo HIV (com ênfase para as ações baseadas na estratégia de redução de danos e seus resultados)⁴³

Números

Os dados disponíveis sobre prevalência/incidência de uso de drogas em geral e de suas repercussões trazem sempre ressalvas a respeito das limitações que possuem e que decorrem, fundamentalmente, de três fatores: a baixa prevalência do fenômeno; as diferenças entre definições de caso, características dos sistemas de vigilância epidemiológica e métodos de estudo; e o fato de o uso de drogas ser uma atividade ilegal na maioria dos países.

De qualquer forma, a percepção do enorme incremento dos problemas relacionados ao consumo de drogas, na Europa e nos Estados Unidos, atualmente, não decorre apenas do aumento real de sua incidência e prevalência, mas também da melhoria dos sistemas de informação sobre o assunto, do aumento da oferta de serviços sócio sanitários de atenção a consumidores, da superposição da epidemia de Aids e da cobertura desproporcional que os meios de comunicação têm dado ao problema. (1)

Incidência / prevalência de UDI

O uso de drogas injetáveis era um problema existente em apenas alguns poucos países industrializados, há uma geração, no entanto, durante a década de 60, o uso de drogas ilícitas espalhou-se por vários daqueles países, fenômeno que igualmente ocorreu nos países em desenvolvimento, na década de 80

O uso de drogas por via injetável era conhecido em mais de oitenta países, no início da década de 90, segundo alguns autores (2), e em 120, segundo outros (3), sendo estimado que existam mais de cinco milhões de UDI em todo o mundo (4).

43 Este trabalho é o resultado de um contrato de consultoria individual firmado com a Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, por solicitação do Projeto de Prevenção ao Abuso de Drogas com ênfase na Prevenção do HIV entre Usuários de Drogas Intravenosas no Brasil. Ele consistiu na revisão de uma extensa bibliografia indicada pela Coordenação do referido Projeto com o objetivo de 'levantar dados na experiência internacional sobre programas de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis'. O documento produzido sintetiza, assim, as principais informações sobre o assunto disponíveis na literatura consultada, com ênfase para aquelas que – a nosso ver e segundo diretrizes recebidas dos contratantes – melhor serviriam para subsidiar a atuação do Ministério da Saúde em sua tarefa de implantar e manter programas de redução de danos em nosso meio. O documento está dividido em três capítulos: o primeiro sumariza os dados disponíveis sobre prevalência/incidência de usuários de drogas injetáveis (UDI), de danos associados ao uso de drogas e de infecções pelo HIV e vírus das hepatites; o segundo capítulo analisa as informações existentes sobre características e resultados de ações de intervenção e o terceiro discute questões políticas e legais envolvidas. As fontes das informações utilizadas aparecem como notas de rodapé. Elas estão também relacionadas ao final do texto, em ordem alfabética, na seção 'Bibliografia'. Brasília, dezembro de 1997.

Nos Estados Unidos, estudo publicado em 1996 (5) estimava que, somente considerando as áreas metropolitanas daquele país, 1,5 milhões de pessoas eram UDI.

Na Europa Ocidental, o consumo de drogas adquiriu dimensão epidemiológica e transcendência social a partir de meados da década de sessenta. A epidemia de consumo de heroína, no entanto, se iniciou na primeira metade da década de setenta. (1)

Esse fenômeno reflete o grande crescimento do cultivo, da produção e da comercialização de drogas ilícitas ocorrido no período. A adoção de importante e significativo desenvolvimento tecnológico no transporte, na comunicação e na informatização tornaram o movimento daquelas substâncias e dos lucros de seu comércio facilitados, mas não foram suficientes para as autoridades dos diversos países reprimirem com eficácia o tráfico. (2)

Em geral o número de consumidores e de dependentes é desconhecido, principalmente quando se trata de drogas de consumo minoritário e pouco aceito socialmente.

A demanda por drogas ilícitas parece ser maior em populações com altos índices de desemprego entre jovens, com problemas habitacionais, limitadas oportunidades de educação, serviços de saúde insuficientes ou negligenciados e criminalidade elevada (2). Em alguns países, minorias étnicas são sobrerrepresentadas entre os UDI.

Os estudos disponíveis mostram que a maioria dos UDI tem idade entre 18 e 45 anos e são mais frequentemente do sexo masculino. A frequência com que se injetam varia grandemente, alguns chegando a mais de dez aplicações por dia (especialmente se a droga utilizada é cocaína), enquanto outros utilizam a droga eventualmente, com largos períodos de abstinência.

Existem subpopulações entre os UDI. Alguns deles se identificam fortemente com a subcultura da droga em sua aparência, vestiário, hábitos e costumes, enquanto outros preferem não ser identificados como usuários, atuando e aparecendo como pessoas comuns da cultura. (2)

De qualquer forma, a epidemia de aids mudou irreversivelmente a natureza do uso de drogas injetáveis, tendo uma influência igualmente dramática na maneira pela qual o uso de drogas injetáveis é atualmente percebido. (2)

Os dados disponíveis na Espanha e alguns outros países europeus apontam para o fim da expansão da epidemia de heroína por via parenteral (aumento da idade média dos casos de UDI que procuram tratamento, que são atendidos por urgências ou morrem). (1) Em muitos outros países, no entanto, tem sido impossível mesmo estimar aproximadamente o número de UDI expostos ao risco de infecção pelo HIV.(2)

Danos associados ao uso de drogas injetáveis

A Espanha é o país que, na Europa Ocidental, apresenta maior morbidade e mortalidade associadas ao consumo de drogas. A mortalidade associada ao uso de drogas converteu-se na primeira causa de morte entre adultos jovens em algumas das grandes cidades espanholas, nos últimos anos (6).

Dois fatores levaram a essa situação: a introdução precoce do HIV na população UDI e a alta incidência de comportamentos de risco nessa população (7)

Nesse país, a grande maioria dos problemas de saúde detectados está associada ao uso da heroína e da via parenteral. Os problemas associados ao uso de cocaína têm aumentado em forma progressiva nos últimos anos, mas continuam sendo muito menos frequentes que os associados ao uso de heroína (1).

Um importante aumento da mortalidade associada ao uso de heroína foi observado durante a década de 80, em alguns países da Europa, em decorrência, principalmente, do envelhecimento e deterioração física dos usuários e, em algumas áreas, à superposição da infecção pelo HIV.

Foram observados, na Espanha, alguns picos de mortalidade, isto é, agregações espaciais e temporais de mortes por reações agudas, cuja causa nunca foi cabalmente esclarecida, mas supõe-se serem devidos a alterações bruscas da pureza ou da qualidade da heroína circulante. (1)

Nos últimos anos, a mortalidade por reação aguda começou a diminuir em várias regiões da Espanha, em decorrência da diminuição do uso da via parenteral para administração tanto de heroína quanto de cocaína, e sua substituição pela via fumada (6).

O fenômeno da redução do uso da via parenteral como via principal de administração foi observado em dois estudos na Espanha (6) e também no Reino Unido e na Holanda, nos últimos anos.

A diminuição do uso da via parenteral deve estar associada a fatores socioculturais ou de mercado, uma vez que a epidemia de Aids não parece ser a causa principal, já que o início dessa tendência é anterior ao desenvolvimento da epidemia e ela é menos evidente em regiões com maior incidência de Aids. Da mesma forma não pode ser atribuída, segundo os estudos citados, à ação de intervenções preventivas, uma vez que seu início – pelo menos na Espanha – é anterior à implementação de tais políticas e sua intensidade – variada entre diferentes regiões do país – não guarda relação com a pequena variação existente no grau de implementação de ações preventivas, entre as regiões.

De qualquer forma, na primeira metade desta década, o impacto da mortalidade associada ao uso de drogas⁴⁴ reverteu a tendência descendente da mortalidade juvenil que vinha sendo observada, na maioria das regiões da Espanha.

Os dados disponíveis não permitem um conhecimento preciso sobre a extensão e a evolução do uso de cocaína na Europa Ocidental, no entanto eles indicam que seu impacto social e sanitário tem sido pequeno. Na Espanha, em 1991, tanto o número de tratamentos como o número de emergências associados ao uso de cocaína foram trinta vezes menores que aqueles associados ao uso de heroína.(1)

Este padrão, encontrado também em outros países da Europa Ocidental, difere da experiência norte-americana com essa droga, onde a cocaína é a droga ilegal mais frequentemente envolvida em emergências médicas, em óbitos e em mortes violentas, associados ao uso de drogas. É também a droga que mais motiva a busca de tratamento especializado.

44 As estatísticas citadas consideram apenas duas causas de morte associadas ao uso de drogas: aids e reação aguda ou overdose.

Incidência / prevalência das infecções por HIV, HBV E HCV entre UDI e sua importância para o controle desses danos

HIV

A importância dos UDI como um grupo chave para a disseminação da infecção pelo HIV foi primeiro reconhecida nos Estados Unidos, em meados dos anos 80, e posteriormente na Europa (8), onde sua disseminação entre UDI rapidamente seguiu-se da transmissão para heterossexuais não-UDI e, desses, para crianças.

Em 1988, em Nova York, os UDI foram encontrados como sendo a fonte de infecção de mais de 90 % dos casos de transmissão heterossexual e de mais de 80 % dos casos de transmissão vertical (9).

Nos Estados Unidos, o *National Research Council* estimava, em 1995, uma prevalência de 14 % de infecção pelo HIV entre UDI, o que correspondia a mais de 200.000 pessoas. A proporção de casos de Aids ocorridos entre UDI passou de 12 % em 1981 para 28 % em 1993, segundo a mesma fonte (10). Dados do CDC, de 1996 (5) o entanto, fazem aquele organismo estimar que, na atualidade, 50 % dos casos novos de infecção estão ocorrendo entre UDI, naquele país. Isto sem considerar os casos decorrentes da transmissão para seus parceiros sexuais e filhos.

Na Europa Ocidental, a Espanha (166,5 casos por milhão de habitantes, em 1991), seguida da Itália (120,7) e da Suíça (111,0), é o país com maior incidência de casos de Aids associados ao uso parenteral de drogas (6). Os países nórdicos apresentam taxas muito baixas de Aids entre UDI (menos de 1/milhão). A média europeia é de 22,8 casos de Aids por milhão de habitantes. Seu impacto sobre a saúde, na Europa, é muito maior que o de todas as demais patologias associadas ao consumo de drogas juntas.

Na Europa, entre 1987 e 1990, o número de casos de Aids diagnosticados em UDI aumentou 2,8 vezes. A proporção desses casos, em relação ao total de casos de Aids notificados, elevou-se progressivamente durante a década de 80, até atingir a cifra de 32,4 %, no ano de 1991. Em países como a Espanha, a Itália, o Sul da França e algumas cidades da Inglaterra, o comportamento de risco mais prevalente para a aquisição da infecção pelo HIV é o uso parenteral de drogas. (1)

Na Espanha – com uma prevalência estimada de 41,5 % de infecção pelo HIV entre UDI⁴⁵ – as taxas mais elevadas foram encontradas nas comunidades mais industrializadas e urbanizadas.

Foram detectadas importantes diferenças locais de prevalência da infecção HIV entre UDI, internamente a vários países da Europa (principalmente Espanha, Alemanha, Reino Unido e França), decorrentes, provavelmente, de diferenças de padrões de consumo por via parenteral e da frequência, padrões e extensão de práticas sexuais.

É difícil atribuir estas diferenças à políticas diferentes ou a intervenções concretas, ainda que existam evidências de que UDI atendidos em programas específicos melhoraram suas condutas de risco em proporção maior que os não atendidos (1).

45 ESPANHA. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Infección por VIH en Usuários de Drogas. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 1991.

Na Espanha, estudo de 1989 (11), encontrou o desemprego como o único fator associado fortemente a soropositividade entre UDI e isto apenas nas regiões com alta prevalência de infecção pelo HIV.

O mesmo fenômeno detectado em Nova York e depois na Europa foi registrado na Tailândia e em Myanmar, na segunda metade da década passada, onde a rápida disseminação da infecção pelo HIV entre UDI foi seguida da sua transmissão para prostitutas e, desse grupo, para outros heterossexuais não UDI (2).

A rápida difusão da infecção, internamente nesses grupos e de um para outro grupo, nesses países, foi facilitada pelos padrões prevalentes de práticas sexuais e de uso de drogas não seguros e pelo quase absoluto desconhecimento do risco por parte daquelas populações.

A situação desses dois países é paradigmática do que está ocorrendo nos países do Terceiro Mundo, em especial na Ásia, onde complicadores tais como a insuficiência de recursos, a indigência das políticas de saúde pública e a carência de serviços se somam a valores sociais e religiosos tradicionais que não só contaminam a formulação daquelas políticas ou atrasam a implementação de ações efetivas como dificultam sua aceitação social.

Alguns dados dão a dimensão do problema: em 1986, quando foi introduzido o teste anti-HIV na China, a maior parte dos casos positivos foram detectados entre UDI; em 1989, um estudo realizado na Província de Yunnan, no sul da China, detectou uma prevalência de 12,5 % de infecção pelo HIV entre UDI; em 1990, foi encontrada uma prevalência de 54,0% entre UDI, em regiões do norte da Índia e, em Myanmar, de 63 % (2).

A Austrália, ao contrário dos demais países desenvolvidos, tem mantido a prevalência de infecção pelo HIV entre UDI abaixo de 5%. Estudos recentes, mostram que essa taxa é, atualmente, não maior que 1,3%. (13)

A proporção de casos de Aids notificados na Austrália com ocorrendo entre UDI, sem outro fator de risco, corresponde a apenas 4,9 %, considerando os dados disponíveis, desde o início da epidemia naquele país.

Um estudo (14) mostrou que, naquele país, o risco de infecção crescia com o número de anos de uso endovenoso de droga (0,7 % entre UDI com menos de 3 anos de uso; 1,2 % entre os com 3 a 5 anos e 2,6 % entre os com mais de 5 anos) e era mais elevado entre aqueles com prática homossexual (15, 4 % contra 1,0%, entre heterossexuais) e trabalhadores sexuais (7,7 %).

A alta prevalência de comportamentos de risco para a transmissão do HIV também tem sido detectada entre populações de UDI. Um estudo de abrangência nacional, realizado na Espanha, em 1989 (15), entre usuários de opíacos e heroína em tratamento, mostrou que 31,9% compartilhavam ou tinham compartilhado equipamentos de injeção e que a prática estava inversamente associada ao número de anos de escolarização. Não por outra causa, o Ministério da Saúde espanhol informa que, em 1991, 66,8 % dos casos de Aids notificados naquele país ocorreram entre UDI.

Taxas de compartilhamento de seringas variam entre diferentes populações de UDI em várias partes do mundo, desde valores relativamente baixos encontrados em Genebra, Suíça, em 1990

(5%), até valores superiores a 70 % (Massachusetts, USA, 1990; Austrália, 1990; Norte da Itália, 1991 e Califórnia, USA, 1990).

A taxa de compartilhamento encontrada na Espanha em 1989 corresponde a valores médios, igualmente encontrados em São Francisco, USA, 1990, e Londres, 1988.

A infecção pelo HIV continua a se alastrar entre UDI desde o início da epidemia, caracterizando-se como um problema importante para o seu controle em, pelo menos cinquenta países, principalmente no Terceiro Mundo, no início da década de 1990.

HBV e HCV

São poucas as informações disponíveis sobre a incidência/prevalência da infecção pelos HBV e HCV entre UDI.

Na Austrália, há evidências de que a infecção pelo HCV é mais prevalente que a infecção pelo HIV, sendo estimada, entre UDI, em 15%. Uma pesquisa encontrou, no entanto, uma prevalência de 38 % entre prisioneiros, quando testados na admissão ao sistema prisional.

Em uma pesquisa, realizada em 1995, entre participantes de 21 programas de troca de seringa, 30 % dos respondentes relataram história de hepatite B, sendo que 45 % dos que não tinham história estava vacinado. Da mesma forma 49 % revelaram serem soropositivos para hepatite C.

É possível que a hepatite C seja mais prevalente entre UDI que a infecção pelo HIV, mesmo em países onde a prevalência de infecção pelo HIV seja elevada. Estudo recente avalia que a infecção pelo HCV resulta em importante morbidade e mortalidade, ainda que em pequena proporção e após um período de incubação bem maior que o do HIV.

Na Espanha, evidenciou-se uma diminuição do número de casos de hepatite B notificados entre UDI atendidos em hospitais⁴⁶, o que pode tanto ser resultado da redução do consumo de drogas por via parenteral como da vacinação dos UDI contra a hepatite ou, simplesmente, do fato de uma proporção maior de casos de hepatite B estar sendo tratada fora dos hospitais.

Na Austrália, estudos têm demonstrado que os custos econômicos e para a saúde decorrentes da infecção pelo HCV e suas complicações são maiores que os decorrentes da infecção pelo HIV e suas complicações, devido a maior virulência do HCV, à maior frequência de complicações, à prevalência cinco vezes maior e a incidência dez vezes maior do HCV, em relação ao HIV (13).

Intervenções

Redução de danos como estratégia

Redução de danos (16) é uma estratégia que orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas para a saúde do uso de drogas sem necessariamente diminuir ou interferir no consumo de drogas.

⁴⁶ ESPANHA. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, op. cit.

A aplicação dessa estratégia no planejamento de programas voltados para a prevenção da transmissão do HIV e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, entre UDI, e de outros danos associados ao uso de drogas levará à programação de um conjunto de ações bem diferentes daquelas que compõem a maioria dos programas de controle da drogadição.

A maioria dos planos e programas, caracterizados como de 'luta contra as drogas' ou de 'redução do suprimento', adotam, como princípio, que o controle da transmissão do HIV entre UDI virá do controle do uso, dirigindo para a repressão ao tráfico (controle da oferta), para reprimir ou desestimular o consumo e para tratar os usuários e dependentes (redução do consumo) todos os seus esforços e recursos.

Assim sendo, os programas baseados na estratégia de 'luta contra as drogas' / 'redução do suprimento' contemplam três componentes básicos: repressão ao tráfico e ao consumo; informação e educação, com o objetivo de dissuadir potenciais consumidores, e oferta de tratamento orientado para a obtenção de abstinência, para usuários.

A estratégia de redução de danos está respaldada por estudos que mostram a eficácia e a excelente relação benefício-custo dos programas que a adotam.

'Redução de danos é, essencialmente, nada mais que pragmatismo', na opinião de Wodak e colaboradores (13). Esta busca por um enfoque 'pragmático e realista' dos problemas de drogas está também na base da reforma da política holandesa (17)

A estratégia está bem testada na Austrália, em alguns países europeus (Holanda, Reino Unido e Espanha) e em alguns projetos americanos⁴⁷.

O princípio da redução de danos aplicado à transmissão do HIV entre UDI tem gerado programas cujos principais objetivos são:

- disponibilizar equipamento estéril para injeção;
- oferecer programas de manutenção com metadona;
- imunizar os UDI contra a hepatite;
- informar, educar e organizar os UDI;
- estender e diversificar serviços de tratamento.

A disponibilização de equipamento estéril para injeção é a estratégia mais usada e estendida. Ela consiste em: operar postos de troca de seringas e agulhas em serviços comunitários e de saúde ou através de *out reach work*.

A venda livre de agulhas e seringas em farmácias e através de máquinas automáticas também tem sido utilizada com sucesso.

A distribuição de soluções de hipoclorito e álcool a UDI, para que eles próprios promovam a desinfecção de seringas e agulhas a serem compartilhadas, também é uma das táticas empregadas com os mesmos objetivos.

47 Em virtude da política de drogas dominante nos Estados Unidos, o número de programas de troca de seringa é pequeno e são levados a cabo por um 'entusiástico banco de guerrilheiros urbanos' (Wodack). Em 1994, existiam, em operação, apenas 76 programas, em 55 cidades.

A oferta de serviços de manutenção e de desintoxicação com metadona é recurso útil quando existe prevalência significativa do uso de heroína pela via endovenosa numa comunidade. O uso injetável de heroína, mais que o de qualquer outra droga, inclusive cocaína, está associado à danos à saúde, em especial à transmissão de doenças de veiculação sanguínea, como a infecção pelo HIV e as hepatites.

Existem evidências de que as hepatites – e entre elas a C, para a qual ainda não se dispõe de vacina – podem ter um impacto sanitário e econômico maior que a infecção pelo HIV entre populações de UDI. Dessa forma, é indicado vacinar os UDI contra a hepatite B, vacina que é disponível em nosso meio.

Esses programas incluem, também, ações voltadas para informar, educar e organizar UDI, disponibilizando informação, aconselhamento, preservativos e acesso a recursos públicos de assistência.

Com frequência, os projetos/programas de redução de danos associam-se a serviços que oferecem tratamento para pessoas com problemas com drogas, disponibilizando, como mais um componente, tais serviços.

Em que pesem os bons resultados, programas baseados no princípio da redução de danos têm recebido muitas críticas.

A crítica mais frequentemente feita aos programas de redução de danos consiste em achar que eles estimulam ou, ao menos, facilitam o uso de drogas e que, se não condenam, transmite uma mensagem de que tal comportamento é aceitável.

Os resultados de avaliações de programas dessa natureza não confirmam esses temores: os programas de troca de seringa; de *out reach work* para distribuir informação, camisinha, desinfetante para seringas; de manutenção com metadona e outros mais abrangentes não aumentaram o consumo de drogas nem o número de UDI⁴⁸.

As avaliações realizadas mostraram que não aconteceram nenhum dos supostos efeitos negativos que os oponentes à estratégia previam como muito prováveis: não conseguiram documentar aumentos do consumo, da prevalência de injeção e da promiscuidade sexual nem de barreiras para a aproximação de pacientes a programas de tratamento. Ao contrário: as evidências são de que tais programas obtiveram redução do consumo, da prática de injeção, do compartilhamento de seringas e de práticas sexuais de risco, além de aumentarem o número de pessoas atendidas em serviços de tratamento(6).

Para eludir a questão da mensagem de aprovação ou não do uso de drogas, tais programas devem ser dirigidos apenas a populações de UDI.

48 Ver, a respeito: DES JARLAIS et al. Harm reduction: a public health response to the Aids epidemic among injecting drug users. *Ann. Review of Public Health*, n. 14, p. 413-50, 1993; DES JARLAIS, D.C. Harm reduction - a framework for incorporating science into drug policy. *American Journal of Public Health*, n. 85, p. 10-2, 1995; FARRELL, M. et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, n. 309, p. 997-1001, 1994.

Em países como o nosso em que a lei antidroga não apenas criminaliza o uso como também o ‘auxiliar alguém a usar’, tem havido impedimentos à implementação e manutenção de programas de redução de danos, principalmente pela interpretação que tem sido feita da legislação vigente que transforma seus executores em criminosos.

Felizmente essa situação tende a alterar-se, estando a firmar-se jurisprudência em contrário.⁴⁹

Uma noção que está na base da principal crítica aos programas de redução de danos é a de que essas ações são diversionistas em relação ao que denominam ‘a raiz do problema’: o uso de drogas.

A crítica de que programas de redução de danos opõem técnicos de saúde e autoridades policiais igualmente não é verdadeira. Ao contrário: sua implementação envolve uma relação de parceria essencial a sua boa execução e, como resultado observável, encontra-se que a polícia ficou mais persuadida da importância de não interferir nas ações de troca de seringa e tratamentos de metadona, ao mesmo tempo em que o pessoal de saúde tornou-se mais consciente da gravidade e das dificuldades do trabalho da polícia em relação à repressão ao tráfico e à violência, passando a atuar cooperativamente (18).

Nos países pobres, acresce-se a este problema um sério dilema: em situações nas quais equipamentos de injeção são caros e insuficientes para a rotina dos serviços de saúde, dificilmente as autoridades sanitárias desviarão tais recursos escassos para a prevenção da aids entre UDI.

O mesmo acontece em relação à vacinação contra a hepatite, onde as vacinas são caras e nem sempre estão disponíveis sequer para a vacinação de crianças e trabalhadores de saúde.

Pela mesma razão será difícil persuadir autoridades sanitárias a dirigir recursos públicos escassos para programas de desintoxicação por metadona, cujos custos médios anuais de cada paciente superam o gasto *per capita* médio com saúde da maioria dos países subdesenvolvidos.

Uma outra questão a preocupar defensores e detratores de programas de redução de danos é a situação das populações residentes nas rotas de tráfico. A disponibilidade e o baixo preço da droga nessas comunidades, associados à disponibilidade de equipamentos de injeção, poderão levar os usuários a substituir a administração pela via fumada ou cheirada pela via injetável.

O futuro da estratégia deverá ser sua adoção em programas para a prevenção das hepatites, a redução das mortes por *overdose*, a redução da iniciação no uso de drogas ilícitas, em especial para a redução da iniciação precoce.

Resultados: Na Espanha, em geral, a redução nos riscos associados aos modos de administração há sido notória ao contrário, as mudanças nas condutas sexuais de risco foram mais modestas.

No Reino Unido, uma avaliação de 1996, concluiu que a adoção de programas de redução de danos está, até o momento, conseguindo controlar a epidemia de HIV entre UDI.

49 Ver a respeito: Parecer nº 01/97/Ass/CGMP, da Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Santa Catarina. Boletim Epidemiológico - Aids (Ministério da Saúde), ano 10, n. 3, p. 5, 1997 (Encarte)

Programas de redução de danos para prevenção da transmissão do HIV entre UDI

A maioria dos programas cujo objetivo é o controle da infecção pelo HIV entre UDI se compõe de um conjunto integrado de atividades entre as quais as mais frequentes são a disponibilização de equipamento estéril de injeção (geralmente sob a forma de 'programas de troca de seringas'), a oferta de manutenção com metadona (nos países em que a droga predominante é a heroína) e a captação para tratamento.

Na Espanha, os programas de troca de seringas 'fazem parte de uma estratégia global de redução de riscos que inclui educação sanitária, aconselhamento e derivação dos UDI que a requeiram para os serviços sócio-sanitários de atenção'.

Disponibilização de equipamento de injeção estéril

A atividade está baseada na noção de que a retirada de circulação das seringas potencialmente contaminadas e sua substituição por equipamentos de injeção estéreis levará à redução do risco de infecção. Além disso, não requer mudança de comportamentos para funcionar.

É considerada como uma estratégia crítica no controle da infecção pelo HIV entre UDI. A atividade se executa através de postos de troca de seringa e da venda livre em farmácias e por máquinas, as vezes a preço reduzido ou subsidiado. Não existem evidências de que uma forma seja melhor que a outra. A escolha da melhor estratégia depende de condições locais e, provavelmente, os melhores resultados serão obtidos com a associação de estratégias.

No Programa Australiano, em 1994, existiam em atividade 718 postos de troca de seringa, que eram responsáveis por cerca de 60 % das seringas distribuídas; os outros 40 % correspondendo a venda em farmácias.

A venda por máquina representou 1,4 % do total de seringas dispensadas no período de um ano, entre 1994 e 95, proporção essa obtida com o funcionamento de apenas 15 máquinas.

Nos Estados Unidos, apesar das restrições, operam cerca de 55 programas de troca de seringa, mobilizando cerca de oito milhões de seringa por ano.

Enquanto na maioria dos países desenvolvidos onde é importante o número de UDI foram implementados programas de troca de seringa já a partir dos últimos anos da década de 80, nos países subdesenvolvidos existem programas dessa natureza apenas no Nepal, na Índia, na Tailândia, na Rússia e no Brasil.

Troca de seringas

Insumos

O programa australiano de troca de seringas trocou 10,3 milhões de seringas e agulhas, no ano fiscal de 1993/94, no país como um todo, o que corresponde a 0,6 seringas por habitante.

Um problema de ordem operacional ainda não adequadamente resolvido é o de definir a quantidade adequada de seringas a serem disponibilizadas para obter e manter o controle da in-

fecção. Acrescem-se à dificuldade em obter dados confiáveis sobre populações a serem cobertas o fato de não ter se chegado a parâmetros satisfatórios e universalmente adequados.

Quando a cocaína é a droga consumida predominante ou exclusivamente – como é o caso brasileiro – e existe o hábito de injetar-se várias vezes ao dia, o número de agulhas e seringas é bem maior (19).

Também há evidências de que a cobertura eficaz para o controle da infecção pelo HIV não o é para o controle de hepatite C (20).

Apenas os recursos federais, no programa australiano, foram estimados em 5,8 milhões de dólares ao ano, o que representou um gasto *per capita* de US \$ 0,33.

O custo por seringa distribuída foi da ordem de US \$ 0,80, quando feita pelas farmácias, e de US \$ 1,13, quando feita através de pontos de troca.

A avaliação de alguns programas executados nos Estados Unidos e no Canadá (21) evidenciou que o custo da manutenção desse tipo de atividade variou muito. Todos, no entanto, tiveram como mais importante fator de custo a remuneração de pessoal que representou, em média, 66 % dos orçamentos. A aquisição de seringas e agulhas representou apenas 7 % dos custos totais.

O programa espanhol utiliza recursos humanos de diferentes tipos: trabalhadores de saúde, trabalhadores sociais, educadores e voluntários. A colaboração de UDI e ex-UDI é considerada decisiva em razão de seu conhecimento do mundo das drogas e por sua credibilidade e empatia para com os usuários do programa.⁵⁰

Resultados

Segundo Wodak, uma redução de pelo menos um terço na incidência de infecção pelo HIV entre UDI foi estimada pelo uso de modelos matemáticos, entre usuários de programas de troca de seringas.

As avaliações levadas a efeito mostram sempre que os programas de troca de seringa reduzem a transmissão do HIV sem outros efeitos indesejáveis, como o aumento do uso de drogas.

Foi demonstrado também que eles são efetivos para a prevenção das hepatites B e C: um estudo americano evidenciou que um grupo pareado de UDI que não participavam de programas de troca de seringa tinha um risco 7 a 8 vezes maior de infecção pelos HBV e HCV que o grupo de participantes.

A avaliação de um programa de troca de seringas levada a efeito em Madri, no início desta década, evidenciou que 29,2 % dos UDI participantes do programa haviam compartilhado equipamentos de injeção no último mês anterior à avaliação e, dos que tiveram relações sexuais nesse período, 35,8 % não usou preservativos.

50 ESPANHA. Ministério de Sanidad y Consumo. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. op. cit.

Impacto

Nos últimos anos têm-se acumulado evidências da eficácia dos programas de troca de seringas para a prevenção da infecção pelo HIV e da ausência de consequências adversas em termos de aumento do uso de drogas.

Não existem evidências de que tenha havido aumento do consumo de drogas associado a programas de troca de seringas. Ao contrário, as evidências disponíveis apontam para um aumento da demanda por tratamento associada a essas ações (21).

Um estudo publicado em 1996 (22), realizado em 29 cidades em vários países onde se dispunha de séries históricas de dados de soroprevalência para o HIV, evidenciou que, enquanto a taxa média de infecção era de 3 %, nas cidades em que se implementaram projetos de troca de seringa a taxa, ao final do período de estudo, era consideravelmente mais baixa (6 % em média) que naquelas em que não ocorreu tal intervenção (21 %).

A média anual de crescimento da taxa de incidência foi de 3,6 % nas cidades sem programa contra 0,2 % nas cidades com programa.

Relação benefício/custo

Os programas de troca de seringa preveniram um número estimado pelo governo de 2.900 casos de infecção pelo HIV, na Austrália, em 1991, economizando cerca de 214 milhões de dólares em tratamento de casos de Aids.

O custo estimado por ano de vida poupado pelos programas de troca de seringa, na Austrália, foi de US\$ 280.00. Custo este que deve ser comparado com o custo estimado do ano de vida poupado pela terapia antirretroviral e da Aids, que era de, no mínimo, US\$ 36.000.00, naquele ano, naquele país.

A redução obtida na taxa anual de crescimento da soroprevalência (HIV) foi estimada entre 0,6 e 6,1 %.

Nos Estados Unidos, um estudo publicado em 1993 estimou que os programas de troca de seringas podem prevenir a infecção pelo HIV a um custo de US\$ 4.000.00 a US\$ 12.000.00 por caso evitado.

Se os Estados Unidos tivessem implementado programas de troca de seringas na mesma proporção em que a Austrália fez, foi estimado que entre quatro e dez mil casos de infecção HIV teriam sido evitados, poupando mais de meio milhão de dólares em assistência e tratamento.

A conclusão do estudo de análise de custo-eficácia dos programas de troca de seringas citado (Austrália) é de que esses programas 'reduzem a disseminação do HIV e são um uso eficiente dos recursos postos à disposição da saúde. Os custos de implementação e operação de programas de troca de seringas são substancialmente menores que os custos que decorrem de prover tratamento e assistência a pessoas que, de outra forma, teriam sido infectados pelo HIV.

Venda livre de seringas em farmácias

Na Espanha, a venda de seringas sem receita, nas farmácias, foi avaliada como insuficiente enquanto estratégia única para disponibilizar adequadamente equipamento de injeção estéril para UDI, ainda que não tenham sido avaliadas as razões desse fato

A alteração da lei que exigia prescrição médica para a compra de seringa, vigente no estado americano de Connecticut, tornando tal condição exigível apenas para a compra de mais de dez seringas, foi avaliada como responsável por uma redução de 39% na taxa de compartilhamento de seringas (23).

Como vimos, no Programa Australiano, a venda livre de equipamento de injeção tem um papel importante: 40% das seringas disponibilizadas o foram através da venda em farmácias, cujo número, em 1995, era de cerca de 3.400, isto é, cerca de 20 farmácias por 100.000 habitantes (24)

Máquinas de venda de seringas e agulhas

Máquinas de venda ou troca de seringas têm sido empregadas especialmente para aumentar a disponibilidade de equipamento de injeção estéril em situações, tempos e locais nos quais as demais estratégias sejam insuficientes ou impossíveis de implementar.

Em vários países europeus, máquinas de vender seringa foram instaladas em regiões das cidades associadas com o uso intensivo de drogas ilícitas, operadas por moedas ou pela inserção de um equipamento usado de injeção (24).

No Programa Australiano, a utilização dessa tática é recente, tendo a venda de seringas e agulhas através de máquinas sido implantada em apenas algumas regiões do país, representando uma proporção de 1,4 % das seringas disponibilizadas, no primeiro ano de uso das máquinas.

Disponibilização de desinfetantes (*Bleach out reach programs*)

A prática da desinfecção de seringas e agulhas – com solução alcoólica ou de hipoclorito – é uma prática cuja prevalência é muito variada entre as diversas subpopulações de UDI. Dois estudos evidenciaram que, na Espanha, por exemplo, ela é muito menos frequente que em outros países. (25)

Nos Estados Unidos, esses projetos surgiram como alternativas aos proibidos de troca de seringa e contam com o beneplácito do governo federal.

Deve ser considerada como uma estratégia secundária, útil nas situações em que não é possível disponibilizar equipamento estéril.

As soluções de hipoclorito devem ser fornecidas em embalagens pequenas e que protejam o produto da exposição à luz, que o desativa. A distribuição deve, necessariamente, ser acompanhada de instruções sobre o uso.

Sua eficácia tem sido questionada.

Manutenção com metadona

Os programas de manutenção com metadona oferecem uma droga legal, para uso oral e de longa meia-vida, em substituição a uma droga ilegal, para uso endovenoso e de pequena meia-vida.

Existe uma evidência que se consolida de que os UDI em tratamento de manutenção com metadona reduzem seu risco de infecção pelo HIV.

Outros benefícios também foram associados a tal atividade, incluindo a redução da morbidade, da mortalidade e da criminalidade associadas ao uso de drogas e à melhoria da inserção social e da produtividade dos usuários.

Outro resultado observado dos programas de manutenção com metadona foi a redução do crime e da corrupção policial: os principais participantes desses programas são os mais severamente dependentes e os maiores consumidores de heroína da comunidade; retirando esses consumidores do mercado da droga teremos um impacto importante na demanda. Como muitos deles costumam traficar para manter seu vício, sua entrada no tratamento pode desestabilizar, ainda que temporariamente, o sistema de suprimento de heroína daquela comunidade.

Alguns fatores aumentam a efetividade de programas de manutenção com metadona: a acessibilidade com baixos requisitos para ingresso; o uso de doses elevadas (60-80 mg/dia); tempo de tratamento sem limites pré-fixados e a oferta de serviços complementares tais como aconselhamento, apoio psicossocial e psicoterapia.

Os tratamentos de melhor resultado são os que têm sua duração determinada pelo paciente, podendo estender-se por mais de dois anos.

Sua implementação não exige mais que a supervisão de um médico generalista com treinamento de curta duração.

Os programas de manutenção com metadona tiveram um custo estimado de US \$ 150.00 por pessoa por ano, na Austrália.

O custo/benefício desses programas tem sido apenas raramente investigado, no entanto de estima que é baixo, em comparação com o custo de várias modalidades de tratamento para danos associados ao uso de heroína (aids, *overdose*), o encarceramento ou, mesmo, o não tratamento.

Durante a década de 80 programas de manutenção com metadona foram oferecidos de forma muito limitada em países europeus com alta incidência de casos de Aids entre UDI (Espanha, França, Itália, Irlanda e Portugal) e tiveram mais disponibilidade na Alemanha, Holanda, Dinamarca, Bélgica e Reino Unido. Atualmente, existem programas em operação em todos os países europeus e em vários países asiáticos, incluindo o Nepal, a Tailândia e Hong Kong. São também disponíveis na Austrália, na Nova Zelândia, no Canadá, em Israel, no México e nos Estados Unidos.

Imunização dos UDI contra a hepatite

Algumas evidências apontam para o fato de que as infecções pelo HBV e pelo HCV podem ser mais prevalentes que a infecção pelo HIV, mesmo em países onde a prevalência de infecção pelo HIV seja elevada, e têm elevado custo econômico.

Na Espanha – país onde programas de redução de danos contém componente de vacinação dos UDI contra a hepatite B –, evidenciou-se uma diminuição do número de casos de hepatite B notificados entre UDI atendidos em hospitais, o que pode tanto ser resultado da redução do consumo de drogas por via parenteral como da vacinação dos UDI contra a hepatite ou, simplesmente, do fato de uma proporção maior de casos de hepatite B estar sendo tratada fora dos hospitais.

Educação dos UDI / informação / aconselhamento

A eficácia da educação para a prevenção do uso de drogas ilícitas permanece contenciosa, no entanto, a disseminação precoce de informação sobre infecção pelo HIV e Aids, especialmente quando dirigida para grupos com alto risco de compartilhamento de seringas, feita por fontes oficiais e não-oficiais, provavelmente alterou o curso da epidemia em alguns países.

Esse fator – informação – pode ter sido importante para a limitação da disseminação do vírus entre UDI em algumas das grandes cidades europeias e americanas, mas, com certeza, chegou muito tarde em países da Ásia, onde o HIV já tinha se espalhado largamente entre esse grupo quando eles ficaram conscientes do risco.

Estudos (26) têm demonstrado o que já se supunha, isto é, que os consumidores de drogas começam a injetar-se e mantém essa conduta – apesar do conhecimento dos riscos a que se expõem – fundamentalmente por razões de ordem econômica, isto é, para maximizar efeitos com uma dose ou a um custo menores.

Apesar desse fator, os usuários de serviços de atenção a UDI sistematicamente mudam seus comportamentos de risco.

De qualquer forma, não existem evidências de associação entre alto nível de informação e a adoção de práticas de baixo risco por UDI. Quando um nível crítico de informação é atingido por uma população de UDI, o compartilhamento de seringas pode ser mais influenciado por outros fatores relacionados à disponibilidade de materiais de injeção ou a percepção da utilidade de evitar o risco (27).

Na Espanha, os programas de educação voltados para UDI incluem também o oferecimento de testagem e aconselhamento, especialmente voltado para a prática do sexo seguro.

Não há consenso em que o conhecimento do *status* sorológico tenha impacto em relação à mudança de comportamento de pessoas em risco de infecção pelo HIV. No entanto, na medida em que haja cada vez maior disponibilidade de tratamento para portadores, o oferecimento de testagem pode vir a significar uma importante estratégia de prevenção secundária.

É recomendável que o aconselhamento para UDI seja feito por pessoal especialmente preparado para a tarefa.

Os objetivos com que a técnica de aconselhamento tem sido utilizada são: informar, modificar atitudes e facilitar a redução ou a alteração de comportamentos de risco. Deve informar sobre onde obter seringas e agulhas, preservativos e serviços; deve ensinar a desinfetar equipamentos de injeção e a usar apropriadamente preservativos e deve ajudar o cliente a manejar adequadamente sua condição de usuário de droga sem cair em comportamentos de risco. O aconselhamento deve, ademais, encorajar o UDI a procurar tratamento.

A grande maioria dos UDI desejam muito reduzir seu risco de infecção pelo HIV, mas, para a maioria, a abstinência não é uma opção de curto prazo. Nessas condições o aconselhador deve ser hábil o suficiente e treinado adequadamente para poder oferecer alternativas e ajudar o aconselhado a decidir-se entre elas.

Na medida em que, presumivelmente, os UDI têm menor acesso aos meios convencionais de comunicação social e considerando seu papel estratégico nas cadeias de transmissão da infecção, é sugerido que, além das campanhas de comunicação social dirigidas à população em geral, se desenvolvam ações de comunicação dirigidas especificamente a UDI, associadas à oferta de aconselhamento e à disponibilização gratuita de preservativos, em todos os serviços que contatem frequentemente com UDI.

Nos países industrializados as atividades de informação e educação tornaram-se mais dirigidas, mais explícitas e mais caras, mas provavelmente mais eficazes, também.

Por serem mais dirigidas, a transmissão de informação explícita não ofende setores conservadores da comunidade geral.

Vários estudos (28) têm mostrado que os UDI HIV-positivo mudam mais seu comportamento que os HIV-negativo. Essa mudança se caracteriza pela menor taxa de compartilhamento, pela redução no consumo e por alterações no comportamento sexual, ainda que nessa última área as mudanças sejam menos significativas.

Problemas que limitam as possibilidades e o alcance dessas atividades são o grau de desenvolvimento dos meios de comunicação e o percentual de analfabetismo entre as populações a quem se destinam.

Alguns princípios devem informar a ação educativa dirigida a UDI, entre eles os seguintes:

- o planejamento da ação educativa deve basear-se no conhecimento das características das subpopulações de UDI a que se destina e ser dirigidas com especificidade a cada uma delas;

- o conteúdo da ação educativa de ter credibilidade e sua apresentação ser aceitável para a população a que se destina;

- o conteúdo da ação educativa deve ser explícito; a educação para a redução das práticas inseguras de injeção e sexuais será mais efetiva se for explícita e antecipar barreiras e restrições à implementação daqueles comportamentos;

- nem sempre é válido o princípio de que as mudanças de comportamento decorrem de mudanças de atitudes e de que estas requerem mudanças de conhecimento: é possível que alguns comportamentos e mudanças que neles possam ocorrer reflitam a influência ou pressão de pares

ou que sejam as mudanças de comportamento que sejam seguidas de mudanças de atitudes e conhecimentos;

mudanças de comportamento são menos prováveis se não são dadas também condições materiais para sua realização (tais como disponibilidade de seringas e agulhas estéreis, de preservativos, de serviços etc.).

Os objetivos da ação educativa dirigida a UDI variam do desencorajamento da experimentação e do uso de drogas, para populações que não usam drogas, até o desencorajamento do compartilhamento de equipamentos de injeção, para aquelas que já são usuários de drogas.

Em algumas situações, é relevante o objetivo de reduzir a prática de injetar-se ou de substituí-la por outra prática de menor risco na administração da droga. Em outras, a ação educativa deve ensinar a desinfetar equipamentos de injeção.

O estímulo à prática de sexo seguro e o uso de preservativos devem constituir objetivos da ação educativa voltada para UDI, no entanto, isto envolve mais que a mera recomendação para abster-se de sexo ou usar preservativo adequadamente: UDI devem ser ensinados a negociar comportamentos sexuais seguros com seus parceiros e conhecer e adotar técnicas e meios anti-concepcionais para prevenção da transmissão vertical.

É também relevante o objetivo de formar um comportamento responsável em relação ao descarte de equipamentos de injeção usados. A sobrevivência de projetos de troca de seringa e de disponibilização de seringas por outros meios pode ser posta em risco pelo descarte irresponsável de tais materiais em espaços públicos.

Organização dos UDI

Organizações de UDI foram inicialmente criadas na Holanda e atualmente existem em vários países da Europa, na Austrália e nos Estados Unidos, algumas das quais recebem recursos públicos. Seu principal papel tem sido o de funcionar como elo entre autoridades sanitárias e UDI.

Em alguns desses países, essas organizações fornecem seringas e agulhas estéreis e soluções desinfetantes, além de recolherem seringas e agulhas usadas. Atuam também com ações educativas, aconselhamento e assistência social e legal para UDI. Têm um importante papel fazendo o trabalho de controle de UDI infectados que, reconhecidamente, expõem outras pessoas ao risco de infecção.

Organizações de UDI têm prestado inestimável trabalho de assessoramento à autoridades sanitárias e educacionais para a formulação de estratégias preventivas e o planejamento e implementação de ações educativas dirigidas à UDI.

Na Austrália, essas organizações subsidiam as agências do governo, responsáveis pela implantação e implementação de ações de assistência e prevenção, com informações relevantes sobre esses assuntos.

Comunicação social

O controle da infecção pelo HIV entre UDI requer a aceitação dos usuários de drogas como membros da sociedade. A comunicação social tem um papel importante nesse sentido.

Uma das mais sérias insuficiências em nossos conhecimentos consiste em como persuadir autoridades a adotar programas efetivos e, também aqui, a comunicação social terá seu papel.

As ações de comunicação social são importantes menos para informar e educar UDI e mais para obter apoio político e social para a atuação dos serviços de saúde pública.

Assim, por exemplo, a moda das drogas chamadas 'de desenho' (estimulantes anfetamínicos), na Espanha, nos últimos anos, obteve da imprensa uma atuação desastrosa, ao oferecer cobertura para o fenômeno e aumentar-lhe os riscos, aos olhos da população.

Ora, considerando as características farmacológicas dessas drogas, o perfil sociodemográfico dos usuários, os padrões de consumo predominantes e as circunstâncias em que são consumidas, tudo leva a crer que seu impacto sobre a saúde será – como está sendo – muito pequeno.

A atuação da imprensa, no entanto, criou uma enorme pressão sobre formuladores de políticas para que se implementassem ações de prevenção do uso daquelas drogas, desviando recursos humanos, materiais e financeiros da atuação sobre problemas bem mais graves, além de contribuir para popularizar tais drogas, com provável estímulo ao seu consumo.

Ações de comunicação social são importantes para obter apoio comunitário, ao mesmo tempo em que, informando e educando a comunidade, teremos informado e educado os formuladores de políticas, os formadores de opinião e a burocracia, o que é importante uma vez que as lideranças políticas não se aventurarão muito além do que for aceito pelos valores da comunidade.

Em geral se desconhece a eficácia de campanhas de comunicação social levadas a cabo com objetivos de desestimular o consumo de drogas, uma vez que só muito raramente são avaliadas.

Serviços de tratamento

Praticamente todos os países ampliaram o número de serviços de tratamento nos últimos anos, com vistas ao abandono do consumo, flexibilizando as exigências para ingresso e continuação do tratamento, especialmente frente a recaídas.

Desde 1988, o Sistema Nacional de Saúde Espanhol vem oferecendo assistência e tratamento para dependentes de opíatos e cocaína por meio de uma rede de centros de tratamento ambulatorial.

Vigilância epidemiológica

Programas baseados na estratégia de redução de danos devem implementar e testar sistemas de informações epidemiológicas e sociodemográficas com o objetivo de medir a magnitude, a natureza e a evolução do problema do uso de drogas e da infecção pelo HIV.

Em um contexto de recursos escassos, é estratégico definir o mais precisamente possível os grupos de risco para serem objeto de intervenções, para a obtenção de melhor relação benefício/custo.

A Espanha dispõe de um sistema de informação, denominado SEIT (*Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías*), operante desde 1987, com o objetivo de monitorar a tendências do uso de drogas e problemas associados, que tem servido para subsidiar a formulação e a avaliação de políticas em relação a drogas.

Esse sistema se baseia em três fontes de dados: serviços para tratamento de abuso e dependência de drogas; serviços de emergência, notificando casos aí atendidos relacionados ao uso de drogas, e o sistema de mortalidade (29).

Um sistema similar foi desenvolvido pelo Departamento Municipal de Saúde de Barcelona, com a mesma estrutura (30).

Avaliação

O desenvolvimento e a implementação de metodologias de avaliação dos programas de redução de danos e outros é também de alta prioridade.

Elas devem dar conta de responder perguntas como: que atividades/estratégias funcionam e quais não; quais as ações mais efetivas para modificar a frequência de determinados comportamentos de consumo; qual a composição adequada de atividades e recursos; a quem devem ser dirigidos os programas; quando e onde devem executar-se; quanto custam etc.

Uma metodologia testada na Austrália mostrou-se um meio prático e barato de monitoramento tanto de comportamentos de risco como da prevalência de infecções transmitidas por via sanguínea. Trata-se da realização regular de levantamentos entre clientes de programas de troca de seringa (14)

Pesquisa

A atividade de pesquisa é de grande importância em programas de redução de danos, em especial para avaliar a efetividade das estratégias e atividades implementadas.

São outros objetivos relevantes de pesquisa nessa área: estimativas de número de UDI, para o planejamento de ações de prevenção e o desenvolvimento de serviços de tratamento, e o monitoramento de tendências em relação à comportamentos de risco e sua relação com informações de natureza demográfica, soroprevalência e medidas preventivas.

Uma séria carência consiste na praticamente inexistência de estudos etnográficos que permitam ajudar a identificar obstáculos à implementação de estratégias de redução de riscos. Outra insuficiência metodológica é encontrada em relação à técnicas de medida de mudanças comportamentais e de risco de populações específicas.

Na área médica é preciso antecipar-se no estudo de intercorrências que têm sido cada vez mais associadas ao uso endovenoso ou não de drogas, entre elas as pneumonias bacterianas e a tuberculose, e como elas se associam e se disseminam.

Em nosso meio toma relevância o estudo do risco de infecção pelo HIV entre usuários de cocaína por via endovenosa e a pesquisa de tecnologias mais efetivas de tratamento desses UDI.

'Out reach work' como estratégia

Reconhecendo que apenas uma minoria dos UDI mantém contatos com os serviços regulares de saúde, equipes de saúde e assistência social, com frequência, devem deixar suas instalações e buscar os UDI em seus próprios territórios.

Através da estratégia de *'out reach work'*, pode ser oferecidos um conjunto de serviços àquela clientela, entre os quais educação, assistência social, provisão de equipamento de injeção estéril, de soluções desinfetantes e de preservativos, além de permitir recrutar UDI para tratamento.

Questões políticas e legais

Políticas de repressão às drogas e suas repercussões sobre a epidemia de HIV entre UDI

Na grande maioria dos países, o uso de drogas é considerado uma atividade ilegal. Dois países (Malásia e Singapura) adotaram legislação com penalidades muito severas, com efetividade questionada quanto à sua efetividade em relação à limitação do tráfico e do uso.

Singapura, a pequena ilha-estado, conseguiu, com essa política, que o uso de drogas injetáveis seja muito raro em seu território, no entanto é impossível generalizar esta experiência.

Não se sabe até que ponto legislações severas e sua aplicação efetiva diminuem a experimentação de drogas por uma população ou o quanto aumentam o risco associado ao uso, em decorrência da dificuldade de acesso dos consumidores aos serviços assistenciais e de sua marginalização.

Na Ásia, por exemplo, a dissolução de rotas estáveis de comércio de ópio expôs um grande número de população à infecção pelo HIV quando novas rotas foram abertas (2)

Políticas nacionais baseadas na estratégia de redução de danos foram inicialmente adotadas pela Austrália, em 1985, pela Holanda e Reino Unido, na segunda metade dos 80, pela Espanha, em 1989-90 e pelo Canadá e França, em 1995.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde passou a apoiar, em documento oficial⁵¹, estratégias denominadas de *'minimização de risco'* e, um ano depois, o Programa das Nações Unidas para o Controle de Drogas (UNDCP) reconhece que *'o mais útil objetivo de curto prazo deve ser conter a ameaça imediata para a sociedade'*.

Os Estados Unidos, em que pese uma crescente aceitação nos meios científicos, permanecem com uma posição oficial contrária à adoção da estratégia de redução de danos e favorável à política de luta contra as drogas. Em consequência, nesse país a resposta ao problema foi tardia, parcial e cautelosa.

Nos países subdesenvolvidos, o governo norte-americano é o principal apoiador de políticas baseadas no princípio de luta contra as drogas ou de redução do uso, cuja meta de uma *'América livre das drogas'* continua em pé. Em decorrência, naquele país e nos países latino-americanos, as

51 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Expert Committee on Drug Dependence. Genebra, 1993. WHO Technical Report Series, 28.

políticas de droga lhe são subsidiárias e enfatizam mais a redução do suprimento que a redução de danos.

Nos Estados Unidos, é estimado que 93% dos recursos públicos alocados para fazer frente aos problemas decorrentes do uso da cocaína são gastos em atividades destinadas à erradicação da planta na América do Sul, no embargo ao transporte da droga entre a América Latina e os Estados Unidos e no financiamento de atividades aduaneiras e de polícia. Apenas 7 % são empregados no tratamento de usuários (31). Esta política tem sido mantida apesar das evidências da baixíssima relação benefício/custo daquelas várias estratégias quando comparadas com a última. Assim sendo, o retorno de cada dólar investido é de 17 centavos em relação ao combate à produção; de 32 centavos, quando empregado na interdição do transporte; de 52 centavos quando usado para aparelhar a polícia e alfândega e de 7,48 dólares quando empregado no tratamento de usuários da droga.

Essa política tem sido mantida apesar das evidências de sua ineficiência e do fato de que a inexorável deterioração da situação global do uso de drogas se deu apesar do reforço mantido de sua implementação.

O movimento contra a proibição

Iniciou-se há alguns anos, na Austrália, um movimento com o objetivo de promover a reforma da lei e da política de drogas naquele país.

Com base no Parlamento e envolvendo membros da comunidade, esse movimento promove estudos e debates e propugna uma mudança radical de enfoque e de política em relação a drogas, baseada na não proibição das drogas.

A origem do movimento foi a preocupação com que a política de drogas adotada parecia não estar funcionando: apesar da proibição, os problemas sociais, econômicos e de saúde, associados ao uso de determinadas drogas ilícitas, estavam atingindo nível muito elevado. Existia, assim, um sentimento de necessidade de buscar abordagens alternativas para o problema do uso dessas drogas.

Os princípios que orientam esse movimento e suas proposições contra a proibição das drogas são os seguintes:

1. todas as sociedades, primitivas e letradas, antigas e contemporâneas, utilizaram, em maior ou menor intensidade, drogas psicoativas; ao invés de proibir o uso dessas drogas dever-se-ia buscar condições de convivência que permitam prevenir ou, pelo menos reduzir, os danos causados pelo seu uso;

2. a proibição não reduziu nem o cultivo nem a produção de ópio, coca ou canabis, ao contrário, entre 1985 e 1993, a produção global de ópio triplicou e a de coca duplicou; os sucessos no combate ao cultivo e à produção em determinadas regiões ou países na grande maioria das vezes apenas substituíram a produção local por importação ou uma área produtiva ou cartel por outro, em curto prazo de tempo; na experiência australiana, a restrição ao uso da canabis estimulou um crescimento espetacular do consumo de anfetaminas e, na experiência mundial, quando é reprimido o uso de uma droga que está bem estabelecido, em geral essa droga é substituída

nesse mercado por outra mais concentrada, com rápido impacto sobre sua toxicidade e aumento do número de problemas de saúde associados, entre usuários;

3. a proibição não reduziu o tráfico nem as vendas de drogas ilícitas; é estimado que apenas cinco a dez por cento das drogas ilícitas são apreendidas na rota de sua distribuição, mesmo em países com eficiente combate ao tráfico; o preço e o grau de pureza de cocaína, apreendida nas ruas das grandes cidades americanas, voltam aos padrões anteriores em pouco tempo após a apreensão de grandes quantidades de droga, sugerindo a disponibilidade de grandes estoques e que a ação policial apenas desorganiza temporariamente as redes de distribuição;

4. a proibição não reduziu o consumo de drogas ilícitas; nesse último quartel de nosso século, ao mesmo tempo em que se intensificou a chamada guerra contra as drogas, o seu consumo se ampliou e passou a atingir um número crescente de países;

5. a proibição não reduziu a criminalidade associada a drogas; segundo dados do *Australian Bureau of Criminal Intelligence*⁵², a taxa de delitos associados a droga, naquele país, aumentou de 150 por 100.000 habitantes, em 1980, para 500, em 1992, durante a vigência de legislação e política de combate a drogas; segundo essas mesmas autoridades, a violência associada à heroína está mais associada às políticas visando seu controle do que a qualquer das propriedades farmacológicas da droga. Por outro lado, a política de guerra às drogas e as leis que a conformam têm enchido as cadeias de usuários de drogas, com um custo social altíssimo e sem resultados visíveis sobre a redução da criminalidade. O relatório do *Australian Parliamentary Group for Drug Law Reform*⁵³ conclui que um dos resultados da guerra às drogas implementada nos últimos anos foi o aumento do mercado negro, o florescimento do crime organizado e o aumento da corrupção policial;

6. a proibição aumentou os problemas de saúde associados ao uso de drogas, em decorrência da adoção de práticas de maior risco, por parte dos usuários, da ausência de controle do grau de pureza e da qualidade das drogas utilizadas, da adoção da via endovenosa para administração, da dificuldade de acesso a usuários por parte de programas de prevenção e do medo dos dependentes em procurar tratamento e serem indiciados. O número de mortes associadas ao uso de drogas vem crescendo na maior parte dos países, desde o início da década de 70. A epidemia de Aids, por outro lado, representa um risco adicional para usuários, seus parceiros sexuais e seus filhos; a restrição ao acesso a seringas e agulhas estéreis – que as políticas de proibição produzem – aumenta a taxa de compartilhamento desses equipamentos e favorece a disseminação de infecções virais de transmissão sanguínea, especialmente a Aids e as hepatites, com importante impacto sobre as estatísticas de incidência e mortalidade associadas a essas doenças;

7. a manutenção de programas de repressão a drogas impõe um desvio de vultosos montantes de recursos públicos, com baixíssimo rendimento. É estimado que os Estados Unidos gastam,

52 AUSTRÁLIA. Bureau of Criminal Intelligence. Australian Illicit Drug Annual Report, apud WODAL, A., OWEN, R. op. cit.

53 AUSTRÁLIA. Parliamentary Group for Drug Law Reform. op. cit.

por ano, acima de sessenta bilhões de dólares com repressão à drogas, o que corresponde a cerca de cinco vezes o orçamento do nosso Ministério da Saúde.

Os Doutores Wodak e Owens concluem magistralmente essa análise em seu livro anteriormente citado: “Nós vimos que, sob a proibição, mais ópio e coca são cultivados a cada ano. Refinar essas plantas e transformá-las em drogas não representa problema para os traficantes de droga. Apenas uma pequena proporção de drogas ilícitas é detectada durante o transporte. As vendas ocorrem com mínimo impedimento. A proibição foi bem sucedida em aumentar os custos sociais, sanitários e econômicos do uso de drogas, mas não teve sucesso em reduzir o consumo de drogas. A proibição tem sido um fracasso caro, inefetivo e contraprodutivo. Não apenas a proibição falhou: ela não tem possibilidade de sucesso. Cada ano, a mudança tecnológica, o desenvolvimento geopolítico e o novo ambiente comercial fazem o trabalho da proibição cada vez mais difícil.”

As alternativas à proibição poderiam ser a adoção de políticas e leis baseadas em: expansão dos esforços de prevenção do uso e de tratamento de dependentes; instituição do tratamento coercitivo; concessão de autoridade a médicos para prescrição de drogas para tratamento de dependentes; eliminação das penas por uso de drogas; aplicação de penas alternativas e de liberdade condicional e autorização para o funcionamento de um mercado regulamentado de droga, como já existe hoje para o álcool e o tabaco, na maior parte dos países.

Holandeses e, na Comunidade Britânica, canadenses e australianos vem estudando e testando, desde o final da década de 70, opções legislativas alternativas em relação às atuais drogas ilícitas: proibição total; proibição com penalidades; proibição parcial; regulamentação e livre disponibilidade.

No primeiro caso, o uso, a posse, o cultivo, a importação, a venda e a distribuição de qualquer quantidade de droga são consideradas crimes.

Sob o sistema de proibição com penalidades, a posse e cultivo de pequena quantidade para uso pessoal sujeitam a multa, ao invés da imposição de penas de limitação de liberdade, ainda aplicáveis para a posse, o cultivo e a distribuição de grandes quantidades de droga.

A proibição parcial é definida como uma opção que visa manter controle sobre a produção e a distribuição de droga, evitando, ao mesmo tempo, os custos da criminalização do uso. Continua sendo criminalizado o cultivo e o comércio de droga em quantidades ‘comerciais’, mas não o uso, a posse ou o cultivo de pequena quantidade, julgada ‘apropriada para uso pessoal’.

A regulamentação é definida como a situação na qual a produção, a distribuição e a venda de droga é controlada em maior ou menor extensão pelo governo. O tráfico fora dos regulamentos continua sendo crime e sujeito a penalidades, mas atividades associadas ao uso pessoal não são criminalizadas. Sob esse sistema, pessoas não autorizadas que cultivem, produzam, transportem, vendam ou possuam grandes quantidades de droga continuam sujeitas a sanções, tal como hoje ocorre com grandes quantidades de tabaco ou álcool. O principal argumento a favor da regulamentação está baseado na suposta queda da oferta – e, conseqüentemente, do consumo – que ocorrerá quando os enormes lucros forem tirados do atual sistema de distribuição.

A livre disponibilidade é o oposto à proibição total e consiste na ausência de qualquer restrição legal ou regulamentar ao cultivo, à importação, à venda, à distribuição, à posse e ao uso, e criaria – provavelmente – tantos ou mais problemas que seu oposto, a proibição total.

Políticas para o enfrentamento do problema da infecção pelo HIV entre UDI

Nos países da Ásia, as epidemias gêmeas de uso injetável de drogas e de infecção pelo HIV são recentes e concomitantes. Como em geral nos demais países do Terceiro Mundo, a real extensão do problema do uso de drogas era desconhecida, da mesma forma que não existiam ações apropriadas visando quer a prevenção quer o tratamento.

Em vista disso, as respostas, em termos de Saúde Pública, partiram de posições e condições bem menos avançadas que as desencadeadas pelos países industrializados, encontrando, por outro lado, dificuldades em serem implementadas e aceitas em decorrência da prevalência de valores tradicionais e religiosos.

É bem verdade que, mesmo nos países industrializados – como é o caso do Estados Unidos – foi crítico e muito difícil ganhar o apoio social e político necessário a implementação de ações de prevenção dirigidas a UDI.

Na Espanha – o país europeu onde as ‘epidemias gêmeas’ são importante problemas de saúde pública – os programas de redução de danos foram subordinados a uma política sobre drogas cujo objetivo principal era o controle do consumo.

Em que pese haver evidências da gravidade da situação já em meados da década de 80, os primeiros programas de manutenção com metadona e de troca de seringas só se implantaram, efetivamente, em 1992.

Editorial da revista *Gaceta Sanitária*, de novembro-dezembro de 1996, explica as razões do atraso das autoridades de saúde pública daquele país em atuar, com base em alguns pontos: no âmbito das rápidas transformações políticas e sociais por que passou o país naquele período, ‘entre setores políticos e profissionais e na sociedade em geral gozavam de ampla aceitação certas propostas messiânicas que defendiam que a erradicação do consumo de drogas era um objetivo viável e aceitável a curto prazo, ainda que, para isso, se necessitassem de transformações sociais muito grandes’.

A carência de informação específica sobre esse tema, entre os médicos e demais trabalhadores de saúde; o preconceito generalizado contra os UDI, favorecido pelos meios de comunicação, e a falta de propostas claras de parte dos trabalhadores de saúde pública são apontados como fatores que favoreceram o atraso na adoção de políticas mais efetivas para o enfrentamento do problema.

A Austrália foi o país a adotar mais precocemente e com melhores resultados políticas de saúde pública baseadas na estratégia de redução de danos, já em 1985, pela implementação de uma Campanha Nacional Contra as Drogas.

Projetos de troca de seringas foram iniciados em 1987 e tiveram uma vigorosa implementação.

Diferentemente dos outros países, o programa australiano contou, desde o início, com a aceitação e o apoio dos mais elevados níveis políticos do país e dos principais partidos políticos.

Da mesma forma, tem prevalecido um espírito de cooperação entre técnicos do governo, clínicos, pesquisadores e organizações comunitárias, o que propiciou importantes resultados tanto em termos de saúde pública como em relação à assistência e à pesquisa.

Ao contrário, nos Estados Unidos, os projetos de troca de seringa, iniciados em 1986 por ex-UDI, tiveram uma nítida característica de desobediência civil e foram acompanhados de frequentes embates com a polícia. O governo federal continua veementemente contrário a esses projetos, mesmo após seu crescimento em número e extensão.

Esses programas encontraram resistência de parte de várias comunidades, do comércio local, de religiosos e, inclusive, dos serviços que ofereciam tratamento para dependentes.

O *status* legal de muitos dos projetos ainda em execução nos Estados Unidos permanece incerto e seu financiamento continua proibido de ser feito com recursos públicos federais.

Um recente estudo patrocinado pela Organização Mundial da Saúde⁵⁴ revelou que, enquanto as características demográficas e os comportamentos de risco eram similares entre os UDI de Nova York e Sidney, a prevalência de infecção pelo HIV entre UDI era de 48% em Nova York e de apenas 2% em Sidney. A mais plausível explicação para tão significativa diferença é a profunda diferença entre as políticas adotadas nos dois países e, em consequência, as estratégias de prevenção implementadas.

Em verdade, a adoção precoce de políticas e a implementação de programas de redução de danos têm sido associadas com baixas prevalências de soropositividade ao HIV entre UDI. Ao contrário, a experiência de vários países onde ocorreram epidemias de HIV entre UDI mostra que uma década é um tempo mais que suficiente para que o problema atinja dimensões catastróficas.

‘A maior e mais persistente falha em nosso conhecimento tem sido como persuadir autoridades a adotar programas efetivos de prevenção, em países onde a epidemia segue não controlada.’

Um importante e difícil problema que permanece sem soluções efetivas é o da prevenção da transmissão do HIV entre prisioneiros. O uso de drogas injetáveis e a prática de sexo homossexual e de tatuagem têm sido reportados como de muito alta prevalência entre prisioneiros em vários países (32), da mesma forma que crimes contra a propriedade – estimulados pela necessidade de dinheiro para manutenção do vício – e a posse ou o tráfico de drogas são responsáveis pela prisão de UDI.

Essas condições fazem com que não apenas um número importante de UDI sejam mantidos encarcerados como se criam condições para transmissão do HIV e de hepatites nas prisões. Como essas populações são muito dinâmicas, seus movimentos dentro e fora dos cárceres representam um risco considerável de disseminação daquelas doenças dentro e fora das prisões.

54 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Multi-city study of drug injecting and risk of HIV infection. Geneva, 1994.

Complica essa situação o fato da inexistência de programas preventivos voltados para esse segmento, tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos, o que é explicado, em parte, pelas objeções práticas, legais e políticas da implantação e manutenção das principais estratégias recomendadas: programas de troca de seringa representam risco elevado para a segurança de internos e agentes penitenciários; a distribuição de preservativos esbarra na aceitação tácita de práticas homossexuais; a distribuição de soluções desinfetantes, no reconhecimento da disponibilidade de drogas na prisão e na sua implícita aceitação; a testagem compulsória encontra objeções éticas, é cara e pouco efetiva e os programas de manutenção com metadona não apenas exigem difíceis arranjos operacionais como encontram resistência por parte de autoridades.

Assim sendo, a maneira mais efetiva para reduzir a transmissão do HIV em prisões é a redução do número de UDI nas prisões, o que pode – no fim – vir a ser uma outra solução difícil uma vez que impõe a necessidade de mudanças significativas na legislação de drogas da maioria dos países, para o desenvolvimento de alternativas legais ou de descriminalização do uso ou da adoção de sentenças que não impliquem em encarceramento.

O controle da infecção pelo HIV entre UDI é uma das intervenções mais efetivas e de maior benefício/custo entre todas as ações de prevenção e tratamento voltadas para o problema da infecção pelo HIV e da Aids.

Em países como o Reino Unido, a Holanda e a Austrália, nos quais uma combinação de medidas preventivas foram precocemente implementadas, a infecção pelo HIV entre UDI foi controlada com pequena dificuldade. Ao contrário, os países que tardaram em tomar providências – como os da Europa Ocidental, em especial Espanha e Itália – viram a infecção pelo HIV espalhar-se rapidamente entre suas populações de UDI.

Mais catastrófica foi a situação de países como os Estados Unidos e a Tailândia, cujas ações de prevenção da infecção entre UDI ou não foram tomadas ou tiveram uma implementação muito pobre, e que, em consequência, tiveram uma extensa transmissão da infecção da população de UDI para a população em geral, com devastadoras consequências sanitárias e sociais.

Não há dúvida em que a posição de defesa intransigente da efetividade da estratégia de redução da oferta é, hoje, o maior obstáculo ao controle da infecção pelo HIV entre UDI.

Aspectos legais

Respaldo legal para a operação de programas de troca de seringa mostrou-se indispensável e foi obtido com pequena dificuldade, na experiência australiana.

Nos Estados Unidos, ao contrário, os projetos de troca de seringa encontram sérias restrições relativas a aspectos legais e regulamentos sobre o funcionamento das farmácias. Em dez estados e o DC é necessária uma prescrição médica para a compra e a posse de uma seringa.

Na Europa, apenas a Suécia possui uma legislação similar. A França revogou uma lei semelhante em 1987.

Como vimos, legislações que criminalizam o uso e, em decorrência, transferem para as prisões um número importante de UDI favorecem a disseminação da infecção pelo HIV e hepatites nas

populações encarceradas e – em razão do alto *turn over* desse grupo – para as comunidades que os recebem.

As prisões são provavelmente importantes fontes da transmissão do HIV e legislações que concorrem para aumentar a população carcerária, e de UDI nela, agravam o problema.

Em muitos países – como, provavelmente, é o caso do nosso –, a implantação de projetos de troca de seringas pode exigir ações diretas e mesmo ilegais de parte das autoridades sanitárias.

Conclusão

Os usuários de drogas injetáveis (UDI) constituem um grupo de risco cuja importância é estratégica na dinâmica da transmissão da infecção pelo HIV. Muito provavelmente o controle da Aids não será atingido sem o controle da infecção entre UDI.

A estratégia de redução de danos aplicada à prevenção da transmissão do HIV entre UDI tem permitido o desenvolvimento de programas eficazes e com elevada relação benefício/custo.

Ainda que esses programas tenham composições de atividades distintas, alguns componentes têm sido mais frequentemente encontrados, entre eles a disponibilização de equipamento estéril de injeção (através de postos de troca, da venda livre em farmácias públicas e por máquinas); a oferta de manutenção com metadona (especialmente na Europa e Austrália, onde o uso de heroína tem prevalência relevante); a informação, educação e organização dos UDI e a extensão e diversificação de serviços de tratamento da dependência.

As avaliações realizadas mostraram que os programas baseados na estratégia de redução de danos não apenas são eficazes como não produziram nenhum dos supostos efeitos negativos que os oponentes à estratégia previam como muito prováveis: não promoveram aumentos do consumo, da prevalência de injeção e da promiscuidade sexual nem de barreiras para a aproximação de pacientes a programas de tratamento. Ao contrário: as evidências são de que tais programas obtiveram redução do consumo, da prática de injeção, do compartilhamento de seringas e de práticas sexuais de risco, além de aumentarem o número de pessoas atendidas em serviços de tratamento.

Essa tecnologia possui, no entanto, problemas ainda não resolvidos, entre eles a carência de formas eficazes para persuadir autoridades a adotar programas efetivos e promover alterações na legislação; a ausência de estratégias viáveis para prevenção da transmissão do HIV entre prisioneiros e a necessidade de sistemas práticos e confiáveis de vigilância epidemiológica e de metodologias de avaliação.

Referências

1. Barrio, G. et al. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Medicina Clínica (Barcelona)*, v. 101, n.9, p. 344-55, 1993.
2. Wodak, A., Crofts, N. & Fisher, R. HIV infection among injecting drug users in Asia: an evolving public health crisis. *Aids Care*, v. 5, n. 3, p. 315-22, 1993.
3. Stimson, G.V., Choopanya, K. Global perspectives on drug injecting. In: STIMSON, D.C. et al. *Drug Injecting and HIV infection: global dimensions and local responses*.
4. Mann, J.M. et al. *Aids in the world. The global Aids policy coalition*. Cambridge: Harvard University Press, 1992. p. 406-411.
5. Holmberg, S.D. The estimated prevalence and incidence of HIV in 96 large US metropolitan areas. *American Journal of Public Health*, n. 86, p. 642-54, 1996.
6. De La Fuente de Hoz, L., Barrio Anta, G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gaceta Sanitaria*, v. 10, n. 57, p. 255-60, Nov-Dec. 1996. (Editorial)
7. Delgado-Rodrigues, M. et al. IV drug users: changes in risk behaviour according to HIV status in a national survey in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 48, p. 459-63, 1994.
8. Weinberg, D.S., Murray, H.W. *Coping with Aids - the special problems of New York City*. *New England Journal of Medicine*, n. 317, p. 1469-73, 1987.
9. Des Jarlais, D.C. et al. Target groups for preventing Aids among intravenous drug users: 2. The hard data studies. *Journal of Consulting and Critical Psychology*, n. 58, p. 50-6, 1990.
10. Normand, J. et al. *Preventing HIV transmission. The role of sterile needles and bleach*. National Research Council and Institute of Medicine (Estados Unidos). Washington: National Academy Press, 1995.
11. Lardelli, P. et al. Geographical variations in the prevalence of HIV infection among drug users receiving ambulatory treatment in Spain. *International Journal of Epidemiology*, v. 22, n. 2, p. 306-14, 1993.
13. Wodak, Peter, L. *A tale of two countries: attempts to control HIV among injecting drug users in Australia and the United States*. Mimeografado.
14. Mac Donald, M. et al. HIV prevalence and risk behavior in needle exchange attenders: a national study. *Medical Journal of Australia*, v. 166, n. 3, p. 237-40, 1997.
15. Bravo, M.J. et al. Sharing injecting equipment and sexual behaviour in ambulatory intravenous drug users: a national survey (Spain). *The International Journal of the Addictions*, v. 29, n. 14, p. 1893-1907, 1994.
16. Garfein, R.S. et al. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C and B, HIV and HTLV viruses. *The American Journal of Public Health*. n. 86, p. 655-61, 1996.

17. Engelsman, E.I. Dutch policy on the management of drug-related problems. *British Journal of Addiction*, n. 84, p. 211-8, 1989.
18. Wodak, A. Harm reduction as an approach to treatment. In: *American Society of Addiction Medicine. Principles of Addiction Medicine*, 1997. No prelo.
19. Strathdee, S. et al. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver Injection Drug Use Study.
20. Crofts, N. et al. The epidemiology of hepatitis C virus among injecting drug users in Australia.
21. Lurie, P. et al. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad. Summary, conclusions and recommendations. Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention, 1993.
22. Hurley, S. & Butler, J.R.G. (ed.). An economic evaluation of aspects of the Australian HIV/Aids strategies. In: *Evaluation of the National HIV/Aids Strategy 1993-94 to 1995-96*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1995 (p. 56-60).
23. Groseclose, S.L. et al. Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officers in Connecticut, 1992-93. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, n. 10, p. 82-9, 1995.
24. Wodak, A. & Des Jarlais, D.C. Strategies for the prevention of HIV infection among and from injecting drug users. *Bulletin on Narcotics*, v. 45, n. 1, p. 47-60, 1993.
25. Bravo, M.J. et al. op. cit.; ZUNZUNEGUI, M.V. et al. Drogadicción por vía intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, n. 2, p. 2-11, 1993.
26. Gamella, J. Drogas: la lógica de lo endovenoso. *Claves de Razón Práctica*, n. 18, p. 72-80, 1991.
27. Lopez, R. et al. HIV-transmission knowledge in drug users from out patient's facilities in Spain. A national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, n. 34, p. 181-90, 1994.
28. Guldish, J.R. et al. Changes in needle sharing behavior among intravenous drug users: San Francisco, 1986-88. *American Journal of Public Health*, n. 80, p. 995-7, 1990; Delgado-Rodriguez, M. et al. IV drug users: changes in risk behavior according to HIV status in a national survey in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 48, p. 549-63, 1994.
29. Sánchez, J. et al. Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, n. 49, p. 54-60, 1995.
30. Torralba, L. et al. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989-93. *Addiction*, v. 91, n. 3, p. 419-26, 1996
31. Rydell, C.P., Everingham, S.S. Controlling cocaine. Supply versus demand programs. Santa Monica: Rand Drug Policy Research Center, 1994.
32. Dolan, K. et al. Aids behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *Aids*, 9: 825-32, 1995.

CAPÍTULO 5 – BIOÉTICA E LEGISLAÇÃO

5.1 – A nova lei de transplantes, críticas (1996)

O documento

A análise baseia-se em editorial, assinado pela Comissão de Direitos Humanos da seção Distrito Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CDH/OAB/DF), publicado na edição do dia 7 do corrente, domingo, no *Correio Braziliense*.

Diz o editorial que, como resultado de um trabalho conjunto da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Medicina Legal (ABML), Associação Brasileira de Criminalística (ABC) e da Cadeira de Bioética da Universidade de Brasília, foi elaborado um substitutivo ao Projeto de Lei do Senado nº 6, de 1995, a ser encaminhado ao relator da matéria na Câmara dos Deputados.

O Projeto de Lei nº 6, de 1995, institui uma Nova Lei de Transplantes e resultou de um substitutivo, de autoria do Senador Lúcio Alcântara, a três projetos sobre a mesma matéria, em tramitação conjunta na Comissão de Assuntos Sociais do Senado: o PLS 6/95, de autoria do Sen. José Eduardo Dutra, o PLS 8/95, do Sen. Darcy Ribeiro, e o PLS 15/95, da Sen. Benedita da Silva.

O substitutivo Lúcio Alcântara teve aprovação na Comissão de Assuntos Sociais e no Plenário do Senado (29/2/96), tendo sido enviado para revisão na Câmara dos Deputados.

Começou a tramitar naquela casa em 4/3/96, onde recebeu o número PL 1.579/96, tendo sido encaminhado à Comissão de Seguridade Social e Família onde foi designado relator da matéria o Deputado Carlos Mosconi (21/3/96).

A natureza da divergência

A divergência apresentada no documento da CDH/OAB/DF ao projeto reside em um único ponto: a adoção do princípio da doação presumida.

O substitutivo da CDH/OAB/DF pretende, assim, “adaptar o projeto aos princípios fundamentais da Declaração Universal dos Direitos Humanos e aos três postulados básicos da Bioética”, uma vez que, na opinião daquelas instituições, “o princípio da doação presumida tem cunho totalitário e fere a soberania da vontade natural de cada cidadão”.

Na alteração pretendida, o princípio da doação presumida é substituído pelo da doação informada o que significa, na prática – e citando o editorial referido – que “todo cidadão deverá manifestar se quer ou não ser doador ao requerer qualquer documento de identidade: RG, carteira de trabalho, de habilitação, de identidade profissional etc. Para aqueles que já possuem documentos, essa manifestação deve ocorrer no prazo de um ano, período após o qual o cidadão passará a ser automaticamente um doador”.

Qual a diferença entre esta proposta da CDH/OAB/DF e a do substitutivo Lúcio Alcântara?

Em primeiro lugar divergem quanto à forma em que se fará o registro da manifestação da vontade das pessoas em relação a ser ou não ser doador.

Na proposta da CDH/OAB/DF, *as pessoas deverão sempre se manifestar se querem ou não doar seus órgãos post mortem* e fazer registrar essa sua vontade nos seus documentos de identidade.

No substitutivo Lúcio Alcântara, *apenas as que não querem doar seus órgãos deverão procurar os institutos de identificação para fazer registrar sua vontade* em seus documentos. As pessoas que querem doar seus órgãos – e que segundo os estudos disponíveis são maioria superior a 75 % – não precisarão fazer nada, uma vez que são, automaticamente, doadoras.

Em ambos a “vontade natural” e a “soberania” das pessoas são preservadas, uma vez que ninguém será obrigado a fazer tal ou qual opção. A diferença reside no fato de que, na fórmula do substitutivo Lúcio Alcântara, não haverá omissos, uma vez que a pessoa que não manifestar sua vontade será considerada doador.

Em segundo lugar, as propostas diferem no tipo de documento de identidade em que se fará o registro: na proposta da CDH/OAB/DF o registro se fará em “qualquer documento de identidade” da pessoa, enquanto o substitutivo Lúcio Alcântara prevê o registro apenas na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, definido que terá validade a manifestação de vontade registrada no documento de emissão mais recente, no caso de divergência entre os registros dos dois documentos previstos.

Por fim, divergem quanto ao tempo: o substitutivo Lúcio Alcântara prevê prazo de trinta dias para que a obrigatoriedade de registro da vontade das pessoas nos documentos de identidade entre em vigor, prazo depois do qual todos os que não querem ser doadores e se omitirem passam a ser doadores automaticamente. Na proposta da CDH/OAB/DF, “o cidadão passará a ser automaticamente um doador” após um ano.

O texto do editorial no qual me baseio não é muito claro a esse respeito, deixando a entender que a discordância é só uma questão de tempo para “informar” o cidadão e fazer valer o registro de sua vontade. Não parece que nossa discordância seja apenas um lapso de onze meses.

Os problemas do projeto, apontados pela CDH/OAB/DF.

O editorial relaciona seis problemas que, segundo aquelas organizações, o projeto apresenta.

O primeiro problema é transferir para as mãos do Estado “o gerenciamento da dignidade corporal *post mortem* da população”, quando é reconhecida a escassa capacidade de fiscalização e a susceptibilidade de corrupção de seus agentes.

Sem dúvida o risco existe, mas não será o mecanismo de fazer valer e registrar a vontade das pessoas em relação à doação *post mortem* de órgãos que alterará aquelas condições. Não será a adoção do princípio do consentimento afirmativo que as modificará: corrupção e falta de fiscalização poderão colocar em risco o respeito à vontade de qualquer um, independentemente da estratégia adotada para registrar e fazer valer a vontade do morto.

Neste sentido – e ainda que considere que não é o tamanho da pena, mas a certeza de punição que tem o maior poder dissuasor do crime – o substitutivo Lúcio Alcântara estabelece penas de tal natureza que torna tais crimes inafiançáveis e resolve de maneira adequada as impropriedades de técnica legislativa e jurídicas da lei em vigor e que dificultavam sua aplicação.

O segundo problema é o fato de que o projeto “entre em rota de colisão com todo o movimento internacional sobre o assunto, que caminha em direção à doação voluntária”.

Ora, o princípio da doação presumida não significa doação obrigatória, e igualmente respeita a vontade das pessoas, a menos que elas se omitam em manifestá-la e fazê-la registrar em seus documentos.

A obrigatoriedade que ele estabelece é a de que os que não querem ser doadores façam registrar sua vontade em seus documentos – e é bom lembrar que estudos realizados pelo Ministério da Saúde e pelo *DataFolha* indicam que menos de 25 % dos brasileiros não querem ser doadores de órgãos *post mortem*. Neste sentido, o mecanismo proposto pela CDH/OAB/DF atinge com obrigatoriedade – a de recorrer a um sem-número de institutos de identificação para fazer registrar sua vontade de ser doador em seus vários documentos de identificação – um número quatro vezes maior de pessoas.

Em relação ao “movimento internacional” cabe lembrar que a Organização Pan-americana da Saúde reconhece que o princípio da doação presumida é considerado a estratégia mais eficaz para prover o aumento da oferta de órgãos do que, por exemplo, o consentimento afirmativo ou a doação por meio de carteira de doador – desde, é claro, que associado a adoção de um conjunto de outras medidas como as previstas no substitutivo Lúcio Alcântara.

Na Europa, Áustria, Bélgica e França adotam o princípio da doação presumida.

O terceiro problema apontado é o da exigência de “uma ampla divulgação, em caráter permanente” – o que o substitutivo Lúcio Alcântara prevê (art. 11 § único) – e o reconhecimento da limitação deste mecanismo, “num país em que o cidadão comum não tem acesso aos meios de comunicação”, o que é, sem dúvida, um “problema”, mas que não será diminuído pela adoção do princípio do consentimento afirmativo.

Neste caso – como já acontece hoje em dia com a doação de sangue – o Poder Público, ONG e demais interessados no assunto necessariamente terão de realizar campanhas periódicas de comunicação social com o objetivo de esclarecer a população sobre “essa forma de manifestação da vontade em vida” e estimular a adoção, dirigidas ao mesmo cidadão do mesmo “país em que o cidadão comum não tem acesso aos meios de comunicação”.

A adoção do princípio da doação presumida apenas acresce a este problema mais um complicador: o de informar e esclarecer às pessoas que não querem ser doadoras que, ao não tomarem a providência de fazerem registrar sua vontade em seus documentos de identidade, estarão abrindo mão desse seu direito.

O quarto problema consiste, na opinião das instituições citadas, em [a adoção do princípio da doação presumida, supostamente] “colocar sob sério risco a dignidade dos despojos corporais de um sem-número de excluídos”. Como o documento não esclarece de que forma o substitutivo Lúcio Alcântara faz isso, não atino com as razões de tal afirmação.

O quinto problema: o projeto desampara os recém-nascidos de pais desconhecidos, os menores de 16 anos, os loucos, os surdos-mudos, os que não saibam expressar-se e os índios, que ficam na dependência de seus tutores e curadores.

Ora, se o problema são “os que não sabem expressar-se”, a adoção do princípio do consentimento manifesto também estará “desamparando-os” da mesma forma. Também com a adoção de outro princípio, o consentimento de “tutores e curadores” ou de juiz se fará necessário – ou então a lei deveria proibir a doação nesses casos.

Se o que o edital questiona são os dispositivos que tratam da doação *inter vivos* (art. 9º e seus parágrafos), gostaria de lembrar que *a doação somente poderá ser feita por pessoa juridicamente capaz (caput)*; que só será permitida entre cônjuges, pais, filhos e irmãos (§ 1º) e que qualquer doação entre pessoas que não as citadas dependerá de autorização judicial, ouvido o Ministério Público (§ 2º).

A única exceção que o projeto concede, nos casos de transplante de medula óssea, é a de que indivíduos juridicamente incapazes possam fazer doação (para cônjuge, pai, filho ou irmão), desde que haja consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais e autorização judicial, além, é claro, se o ato não oferecer risco para a sua saúde (§ 5º).

Não vejo, assim, como ficam “desamparadas” as pessoas citadas.

O sexto problema diz respeito ao suposto favorecimento à expansão do mercado negro de órgãos humanos.

Em primeiro lugar, o substitutivo proíbe a remoção *post mortem* de órgãos, tecidos ou partes do corpo de pessoas não identificadas (art. 6º).

Em segundo lugar, como já me referi – e reforçando a opinião de que não é o tamanho da pena, mas a certeza de punição que tem o maior poder dissuasor do crime –, o projeto estabelece penas de tal natureza que torna tais crimes inafiançáveis e resolve de maneira adequada as impropriedades de técnica legislativa e jurídicas da lei em vigor e que dificultam sua aplicação.

Em terceiro lugar, é minha opinião que o que estimula o tráfico de órgãos são a pobreza, a falta de acesso ao transplante e a certeza da impunidade.

Em relação às denúncias da ocorrência de comercialização de órgãos e do tráfico de crianças para ablação de seus órgãos, os relatórios solicitados ao Departamento de Polícia Federal informam que tem investigado sistematicamente todas as denúncias que chegam a seu conhecimento e que os resultados dessas investigações o autorizam a questionar a veracidade desses fatos e a concluir que os mesmos sejam fruto de sensacionalismo.

Por fim, não entendo por que as instituições citadas oferecem um substitutivo ao projeto. Se a discordância diz respeito apenas à adoção ou não do princípio do consentimento presumido – e mesmo que haja outros dispositivos que mereçam, a seu ver, ser alterados – porque não apresentar emendas, uma vez que a própria CDH/OAB/DF reconhece méritos no projeto?

O substitutivo Lúcio Alcântara trata ampla e abrangentemente da matéria, oferecendo boas e corretas disposições penais – um dos principais problemas da lei de transplantes em vigor —,

trazendo inegáveis avanços para esse setor. Acresce-se ainda que se precisa estimular e regular a realização de transplantes no Brasil, de tal forma que, em curto prazo, tenhamos aumentado o número de transplantes realizados na rede pública, o que só ocorrerá com o aumento do número de doadores e o desenvolvimento e aparelhamento de nossos centros médicos.

O projeto em análise favorece esse movimento. A apresentação de um substitutivo – para substituir o quê? – aumentará o tempo necessário ao processo legislativo, sem aperfeiçoar a proposição.

Se o problema são os artigos 4º e 9º, por que não os emendar?

Brasília, 11 de abril de 1996.

5.2 - O abortamento de fetos anencefálicos e o Código Penal (2004)

Em meados de 2003, foi trazida à discussão pública a questão ética e legal do abortamento provocado de fetos anencefálicos. Em 2004, um projeto de lei foi apresentado ao do Senado¹, levando o debate para o âmbito parlamentar.

O Projeto de Lei do Senado nº 183, de 2004, de autoria do Senador Duciomar Costa, altera a redação do art. 128 do Código Penal, dispositivo que determina que não se pune o aborto² praticado por médico em duas situações: se não há outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resultou de estupro e o abortamento é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O projeto acrescenta um terceiro inciso para incluir, entre essas situações, a da gravidez de feto com anencefalia, exigindo-se, também aqui, o consentimento da gestante ou de seu representante legal.

Quanto ao mérito, há que esclarecer três aspectos médicos importantes do problema: a inviabilidade da vida extrauterina de fetos anencefálicos, o fato de que essas são, sempre, gravidezes de risco, e a inexistência de tecnologia médica ou cirúrgica que permita a correção ou minoração do problema.

Em relação ao primeiro aspecto, não existem registros de vida extrauterina autônoma de feto anencefálico por mais do que algumas horas, o que representa, para os pais, um sofrimento grande e desnecessário.

1 Projeto de Lei do Senado nº 183, de 2004, de autoria do Senador Duciomar Costa, que altera a redação do art. 128 do Código Penal para incluir a permissão do abortamento de feto anencefálico.

2 A maioria dos nossos textos legais emprega erradamente a expressão “aborto” [o resultado do abortamento, isto é, o produto de um nascimento inviável] quando deveria dizer “abortamento” [o processo].

Em relação ao risco gravídico, a constatação de anencefalia do feto é indicação médica de interrupção da gravidez em razão do crescimento anormal desse tipo de feto e da elevada frequência da ocorrência de anomalias placentárias e de eclampsia. Em vista dos aspectos médicos envolvidos, o Conselho Federal de Medicina já se manifestou favoravelmente à interrupção da gravidez nesses casos, mesmo que o risco não seja iminente.

Por fim, esse defeito é possível de detecção precoce, no curso da gravidez, por meio de ultrasonografia, um método diagnóstico atualmente barato, disponível e não-invasivo.

Em vista disso, já existe uma farta jurisprudência no sentido da concessão de liminares judiciais permitindo a interrupção da gravidez nesses casos, coerente, inclusive, com o que já dispõe o Código Penal: a não punição do abortamento feito por médico em casos de risco para a vida da gestante.

25 de julho de 2004

5.3 – Aconselhamento genérico e legislação (2001)

Doenças genéticas

O reconhecimento de causas genéticas de doenças humanas é relativamente recente. Data do final do século 18 e início do século 19 o reconhecimento de padrões discerníveis de transmissão hereditária de doenças, destacando-se a caracterização como hereditária, isto é, genética, da polidactilia, feita em 1750 por Maupertius, e da hemofilia, em 1820, por Nasse (1)

Consideram-se doenças genéticas os resultados negativos de variações genéticas extremas para a saúde, o desempenho e a qualidade de vida. Essas variações podem ser de três tipos: aberrações cromossomiais, alterações de um gene e desordens poligenéticas.

As aberrações ou desordens cromossômicas são as doenças genéticas mais conhecidas pela população em geral. Estão entre elas as síndromes de Down, de Edward e de Patau, causadoras de retardamento mental, e as síndromes de Turner, do Triplo-X, de Klinefelters e XYY, que causam problemas de crescimento e o não-desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, entre outras condições.

Em vista da gravidade da condição criada pela aberração, a grande maioria dos fetos gerados com esse tipo de defeito genético não se desenvolve, disso resultando que entre 30 e 40 % dos abortamentos espontâneos decorrem de um defeito cromossômico. No entanto, cerca de seis em cada mil nascidos vivos apresentam defeitos cromossômicos suficientemente severos para causar alguma forma de deficiência em alguma etapa da vida.

É possível distinguir alguns grupos de risco para desordens cromossômicas na população em geral. Eles são constituídos por famílias ou indivíduos com taxa elevada de abortamentos espontâneos, com crianças com vários defeitos congênitos ou com vários membros apresentando um mesmo tipo de malformações congênitas. As desordens de cromossomas sexuais ocorrem com frequência aumentada entre homens inférteis e mulheres com amenorreia primária, e entre homens encarcerados em instituições penais (2).

A Síndrome de Down tem uma incidência elevada, afetando 1 em cada 1.000 nascidos vivos. As síndromes do Triplo-X, de Klinefelters e XYY ocorrem na proporção de 1 para cada 2.000 nascidos vivos. A Síndrome de Turner (1/6.000) e as outras trissomias (síndromes de Edwards e de Patau) são menos frequentes (respectivamente 1/11.000 e 1/15.000).

Já são conhecidas mais de 1.500 doenças do segundo grupo, isto é, doenças causadas por alterações de um único gene mutante. Elas, no entanto, com muitas poucas exceções, são raras. A incidência média na população em geral dessas desordens monogenéticas é da ordem de 10 por 1.000 nascidos vivos. As de mais elevadas incidências são a hipercolesterolemia familiar (1/500) e a anemia falciforme (1/650; entre negros apenas). Outras desordens deste grupo – sobre algumas das quais, inclusive, o público em geral tem um razoável grau de informação – têm incidências menores, como, por exemplo, a fibrose cística (1/2.000), a Coréia de Huntington (1/2.500), a distrofia muscular de Duchenne (1/7.000), a hemofilia (1/10.000), a fenilcetonúria (1/12.000) e a Síndrome de Marfan (1/20.000).

Ainda que complexa, a patogenia desse grupo de defeitos genéticos está relacionada à anormalidade de apenas uma molécula de proteína, diferente em cada caso.

O terceiro grupo, composto de desordens relacionadas a vários genes, inclui muitas das doenças crônicas de adultos – como a hipertensão essencial, o diabetes melito, a doença coronariana e a esquizofrenia – e dos defeitos congênitos – como o lábio leporino e algumas doenças cardíacas congênitas – que ocorrem em determinadas famílias.

A consciência de que esses problemas têm origem genética já é bastante corrente, levando à criação e busca crescente de serviços de triagem e aconselhamento genético, no nosso País (3).

Como as doenças genéticas e as malformações congênitas ocorrem entre membros de algumas dadas famílias com uma frequência muito mais elevada que a esperada entre a população em geral, e considerando a gravidade de algumas dessas doenças e malformações em termos de seu significado clínico e sanitário e das repercussões na qualidade de vida, as pessoas e famílias afetadas devem ser informadas e aconselhadas a respeito.

Se existe um risco significativo de que uma dada doença reapareça em outros filhos no futuro, os serviços de saúde que assistem essas pessoas e famílias devem prover aconselhamento genético ou referenciá-los para um serviço onde possam obtê-lo, mesmo que isso não tenha sido especificamente requerido (4).

Aconselhamento

Aconselhamento é uma técnica do campo da Psicologia que tem encontrado ampla aplicação em Psicologia, em Medicina Preventiva e em Saúde Pública.

Usando uma descrição de Carl Rogers – que não apenas sistematizou como revolucionou a teoria e a prática do aconselhamento, inaugurando uma escola que, hoje, tem bastante seguidores – trata-se de entrevistas que têm como finalidade trazer modificações construtivas na atitude de pessoas [clientes, na formulação de Rogers], por meio de contatos face a face, no sentido de lhes oferecer assistência na mudança de suas atividades e comportamento (5).

Segundo outra formulação, aconselhar é ajudar a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar. (6) A mudança que desejamos ajudar a promover é basicamente aquela que o entrevistado será capaz de construir – que seja significativa para ele e lhe permita agir no futuro com mais êxito enquanto pessoa.

Discute-se a inter-relação entre aconselhamento e psicoterapia, que, ainda que exista, são práticas com características e objetivos diversos: enquanto o aconselhamento é conceituado como educativo, preventivo, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas, lidando com material consciente e enfatizando a normalidade, a psicoterapia é remediativa e reconstrutiva, voltada para a exploração em profundidade, focalizando o inconsciente, enfatizando o neurótico e outros problemas emocionais (7).

Em Medicina Preventiva e Saúde Pública a técnica tem sido empregada, principalmente, com objetivos preventivos de ajudar e apoiar indivíduos a fazerem opções relacionadas a mudança de comportamentos de risco para a saúde tais como decidir-se a deixar de fumar, adotar o uso sistemático de preservativos em suas relações sexuais, seguir dietas mais adequadas a sua condição e aderir a um determinado tratamento.

Aconselhamento genético

O aconselhamento genético é uma aplicação da técnica de aconselhamento voltada para a prevenção das doenças genéticas e malformações congênitas. Ele consiste em prover as pessoas e os casais com a informação e o apoio suficientes para que eles tomem suas decisões em relação à reprodução, quando há o risco de que sua prole apresente um daqueles problemas.

Independentemente do tipo de doença genética de que se trate, a abordagem no aconselhamento genético é praticamente a mesma, diferindo, apenas, no que diz respeito à explicação e análise do risco dos vários grupos e tipos.

“O aconselhamento genético ideal deve permitir ao indivíduo ou à família entender a totalidade dos fatos médicos e genéticos envolvidos; a história natural da doença, incluindo sua variabilidade de paciente para paciente; as possibilidades de seu manejo; e o potencial de ônus pessoal, econômico, psicológico e social. Todas as opções reprodutivas devem ser explicadas, bem como suas vantagens e desvantagens. O cliente e sua família devem ser ajudados a selecionar o curso de ação mais apropriado, considerando a magnitude dos riscos genéticos e do ônus da doença, as necessidades e os padrões éticos e religiosos da família. Algumas vezes é necessário aliviar a culpa.”(4)

São componentes importantes do aconselhamento genético um acurado diagnóstico – com levantamento da história familiar, identificação de sua origem étnica, estudo de registros médicos e fotografias, exames clínicos e laboratoriais –; a avaliação do risco e sua definição o mais precisamente possível; a análise das opções e alternativas para a reprodução e o apoio psicológico.

Para avaliar o ônus de uma determinada doença, é necessário conhecer, explicar e discutir sua história natural com a família. As decisões reprodutivas são frequentemente baseadas mais na severidade do impacto psicológico, econômico e pessoal da doença do que no risco de sua

recorrência. De qualquer forma, dimensionar esse risco é um componente central do aconselhamento genético.

Uma vez que o risco é conhecido e o ônus avaliado, devem ser estudadas e colocadas à disposição das pessoas ou casais as alternativas para sua reprodução que podem ser sintetizadas em três: reproduzir-se apesar do risco; não se reproduzir; e utilizar diagnóstico pré-natal. Alternativas como adoção, inseminação artificial e esterilização terão de ser contempladas e estudadas.

Os estudos disponíveis mostram que o aconselhamento genético resulta em menores taxas de natalidade quando o risco de recorrência do defeito é superior a 10% e o ônus da doença é elevado.

A comunicação entre o aconselhador e os aconselhados é um fator crítico. O aconselhamento deve ser realizado com uma linguagem e o uso de termos que sejam, ao mesmo tempo, corretos, adequados e que os aconselhados entendam.

Como os assuntos a serem abordados são complexos e podem ser difíceis, emocionalmente, para o cliente ou a família, são necessárias várias sessões de aconselhamento e o apoio de materiais educativos impressos, empregando linguagem leiga.

Os princípios e o método do aconselhamento genético são simples e deveriam ser do domínio de todos os médicos, no entanto podem não o ser de todos os trabalhadores de saúde no nível básico de atenção e, de qualquer forma, um serviço de genética clínica de referência é sempre necessário para problemas mais complexos.

Lei federal?

A instituição de obrigatoriedade ministrar aconselhamento genético a pessoas e casais com risco de concepção de uma criança com defeito genético será mesmo necessária? Qual o papel da lei neste caso?

Como se discutiu, do ponto de vista da ética médica, o aconselhamento genético é mandatório nos casos em que o médico identifica um risco razoável de ocorrência de um erro genético, mesmo que ele não tenha sido solicitado. Da mesma forma, todos os médicos deveriam ser capazes de realizá-lo.

Sabe-se, no entanto, que nem todos os médicos – e menos ainda os outros profissionais de saúde – têm domínio quer da matéria quer da metodologia de aconselhamento, e que a oportunidade de aconselhamento genético em nosso meio é muito insatisfatória.

Em relação a instituir tal obrigatoriedade por meio de uma lei, essa não seria a primeira nem a última vez em que a lei define matérias médicas e se intromete na relação médico-paciente, em nosso País. O crescente número de ações judiciais que pacientes fazem nos Estados Unidos e na Europa contra médicos que não os informaram suficiente ou adequadamente sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que foram submetidos e seus resultados fez com que o Legislativo de vários desses países reconhecesse a necessidade de interferir, propondo leis a respeito (8).

Em vista do exposto, vejo que obrigar por lei que tal coisa aconteça é não apenas possível como desejável.

11 de outubro de 2001.

Referências

1. Wyngaarden, J. B. Human Heredity. In: Cecil Textbook of Medicine. Filadélfia: W.B. Saunders, 1982.
2. Gerald, P. Chromosomes and their Disorders. In: Cecil Textbook of Medicine. Filadélfia: W.B. Saunders, 1982
3. Segatto, C. & Martins, L. Herança Recusada. *Época*, v. 2, n. 80, p. 126-7, 29/11/99.
4. Motulsky, A. Genetic Counseling. In: Cecil Textbook of Medicine. Filadélfia: W.B. Saunders, 1982.
5. Rogers, C. Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1942.
6. Benjamin, A. A Entrevista de Ajuda. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
7. Scheeffter, R. Teorias de Aconselhamento. São Paulo: Atlas, 1976.
8. Brazier, M. Patient autonomy and consent to treatment: the role of the law. *Legal Studies: The Journal of the Society of Public Teachers of Law*. v. 7, a. 2, p. 169-193, jul. 1987.

5.4 - Sobre a discriminação genética e sua criminalização – necessidade de uma legislação nacional sobre a matéria (1997)

Discriminação genética

Discriminação genética é a discriminação de pessoas em razão de seu patrimônio genético.

O desenvolvimento das técnicas de engenharia genética e da denominada Medicina Molecular está permitindo o diagnóstico e a detecção precoce de algumas doenças genéticas bem como a identificação, no genoma humano, de *loci* específicos relacionados à suscetibilidade genética a determinadas doenças como, por exemplo, algumas formas de câncer e o *diabete mellitus*.

O grande benefício dessa tecnologia consiste em poder identificar precocemente pessoas e grupos populacionais de risco e para eles desenvolver e implementar programas que reduzam o risco de adoecimento, com significativo impacto sobre custos pessoais, sociais e, provavelmente, financeiros dessas doenças no futuro, desde que se disponha de tecnologias adequadas para sua prevenção e tratamento – o que se espera possa vir a acontecer, paralelamente.

Embora os testes que permitam tais diagnósticos sejam ainda muito caros e pouco disseminados, verifica-se que o interesse por eles é crescente, tal como seu uso, identificando-se aqui um potencial discriminatório significativo, representado pela sua utilização por planos de saúde, em seguros de vida e de saúde, em processos de seleção de pessoal e outras situações similares, num futuro próximo.

O uso de informação genética para negar, a pessoas de alto risco, cobertura em planos e seguros de saúde e de vida ou para cobrar-lhes mensalidades ou prêmios proibitivos, pode tornar negativos os benefícios que se antecipa da pesquisa genética.

A exclusão de pessoas de alto risco de processos seletivos para ingresso em emprego e a perda de emprego por parte dessas pessoas, quando o empregador conhece sua condição, são outros exemplos possíveis desse uso discriminatório do conhecimento e da tecnologia.

A utilização de informação genética por companhias seguradoras para discriminar segurados tem sido documentada desde 1970, na Europa e em vários estados dos Estados Unidos, não havendo nada que nos faça supor que essas empresas deixarão de fazê-lo no futuro ou em nosso País, agora que poderão dispor de meios bem mais eficazes.

Não é com outra preocupação que alguns países europeus e os Estados Unidos introduziram ou estão apreciando em seus Paramentos leis no sentido de regulamentar aquelas práticas genéticas ou proibir a utilização desses conhecimentos para a discriminação de pessoas.

O crime de discriminação na legislação brasileira

A definição de crimes de preconceito e sua penalização pela via legal é tradição cara ao processo legislativo brasileiro.

Nessa tradição, é clássica a Lei Afonso Arinos (Lei nº 1.390, de 3 de julho de 1951), que ‘inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de cor’.

Desde então, leis ampliaram essa criminalização para abranger também os atos de discriminação e preconceito de sexo e estado civil (Lei nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985) e de religião, etnia ou procedência nacional (Lei nº 8.081, de 21 de setembro de 1990; Lei nº 8.882, de 3 de junho de 1994; Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997).

Por fim, a Constituição de 1988 determinou que a promoção do bem de todos, sem preconceitos (...) e quaisquer outras formas de discriminação constituem objetivos fundamentais da República (art. 3º, IV) e que a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais (art. 5º, XLI).

A proposição de uma norma sobre a matéria, para incluir a discriminação genética naquele rol, deveria, assim, ter por base as formulações dessa tradição legislativa, de tal maneira que a nova norma legal tivesse ressonância com a legislação existente. A tipificação de crimes de discriminação genética – e a cominação de penas respectivas –, deveria tomar por base a legislação em vigor sobre ‘atos discriminatórios ou de preconceito’, em especial a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 – que substituiu a Lei Afonso Arinos – e as demais que se seguiram.

No entanto, comparando as penas cominadas naquelas leis com as definidas pelo Código Penal, verifica-se que – naqueles crimes em que se pode estabelecer um paralelo – as penas determinadas pelas leis contra atos discriminatórios são muito mais pesadas do que as previstas pelo Código Penal. Por exemplo, as penas restritivas de liberdade, previstas para crimes por atos discriminatórios, nas leis citadas, são todas de reclusão de, no mínimo, um ano.

Adotando essas leis como parâmetro para definir penas correspondentes para os crimes de discriminação genética e estabelecendo, para vários deles, paralelo ou enquadramento com crimes previstos no Código Penal, fica evidente que a penalização de crimes por atos de discriminação genética com as mesmas penas previstas para outros atos discriminatórios será muito mais rigorosa do que a prevista pelo Código Penal para crimes similares.

Senão, vejamos:

1. Para o crime de ‘negar, limitar ou descontinuar cobertura por plano e seguro de saúde, ou estabelecer prestações ou prêmios diferenciados com base em informação genética do contratante, estipulante, segurado ou beneficiário’ – a mais provável e grave utilização da tecnologia genética para discriminar pessoas, possível de acontecer a curto prazo em nosso meio – a pena deveria corresponder à mais pesada pena prevista nas leis contra atos discriminatórios: dois a cinco anos de reclusão.

O crime de negar cobertura de seguro ou plano de saúde a uma pessoa corresponde a expor – potencialmente – a vida ou a saúde dessa pessoa a perigo, uma vez que esta pode ser a única forma que ela disponha de acesso à assistência médica, que lhe fica, assim, negado. Pode também ser revestida da característica de omissão de socorro, se a assistência, cujo direito é presumido, lhe for negada quando dela necessitar.

De qualquer forma, o crime tipificado pelo Código Penal como de ‘perigo para a vida ou saúde de outrem’ (art. 132), descrito como ‘expor a vida ou a saúde de outrem a perigo *direto e iminente*’ (o que não seria sempre o caso, aqui), sujeita o culpado a pena de detenção, de três meses a um

ano de duração, apenas. O crime de ‘omissão de socorro’ (art. 135), também, tem uma pena cominada de detenção por um a seis meses ou multa, aumentada da metade, se resulta lesão corporal grave, e triplicada, se resulta morte.

A desproporção é gritante: detenção, apenas, e não reclusão; e tempos bem menores.

2. O crime de ‘divulgar informação genética de uma pessoa, a menos que haja prévia autorização sua’ corresponde aos crimes definidos, no Código Penal, como de ‘violação de segredo profissional’ ou de ‘ou divulgação de segredo’ (artigos 154 e 153, respectivamente), aos quais se cominam penas de detenção por, respectivamente, três meses a um ano e um a seis meses, ou multa.

Ambas as penas são bem mais brandas que a menor pena prevista na legislação sobre crimes por atos discriminatórios que é de reclusão por um a três anos.

3. ‘Recusar, negar ou impedir inscrição em concurso público ou em quaisquer outras formas de recrutamento e seleção de pessoal, com base em informação genética do postulante, bem como obstar, impedir o acesso ou a permanência em trabalho, emprego, cargo ou função, na Administração Pública ou em empresa privada’ tem paralelo com o crime que o Código Penal tipifica como ‘atentado contra a liberdade de trabalho’ (artigo 197, I), e para o qual comina pena de detenção de um mês a um ano e multa.

Da mesma forma, uma pena bem mais branda que a mais branda das penas previstas na legislação contra atos discriminatórios.

4. As leis contra atos discriminatórios preveem que, nos casos em que o condenado é um servidor público, constitui efeito da condenação a perda do cargo ou função, além da pena que lhe couber.

Ora, o crime de prevaricação (art. 139), previsto no Código Penal, não sujeita o infrator a tal, mas apenas a reclusão por três meses a um ano e multa.

É bem verdade que o crime de racismo – origem de toda a legislação brasileira contra atos discriminatórios – é abominado em nosso meio, sendo definido, no texto constitucional, como “inafiável e imprescritível, sujeito à pena de *reclusão*” (art. 5º, XLII).

É bem provável que esse dispositivo tenha contaminado toda a legislação posterior – que estendeu a tipificação a outras formas de atos discriminatórios, com visto no início desse texto –, levando a propor penas bem mais pesadas que as previstas no Código Penal para crimes similares.

De qualquer forma, o problema permanece. Como deveremos nos comportar em relação à discriminação genética? Devemos manter o padrão da legislação vigente sobre atos discriminatórios e cominar penas pesadas, com base nelas, ou usar como parâmetro o Código Penal e cominar penas mais leves para os crimes de discriminação genética, fazendo diferença entre a discriminação genética e as outras formas de discriminação?

Brasília, 16 de julho de 1997.

5.5 - A regulamentação do uso de células embrionárias em diferentes países (2004)

Afinal, do que estamos falando? Problemas de imprecisão terminológica e de delimitação da matéria.

Um problema presente em toda a legislação estudada – inclusive a nossa – é a imprecisão terminológica.

Isso é especialmente grave em relação ao conceito de “embrião”, termo empregado em biologia para designar a entidade em desenvolvimento *a partir da implantação no útero* até oito semanas depois da fecundação (1). O óvulo fecundado, antes da implantação, é denominado “zigoto”; e o embrião, a partir da nona semana, é denominado “feto”, denominação que conserva até o nascimento. As expressões “células embrionárias”, “doação de embriões” e “transferência embrionária” são, assim, inapropriadas já que, em todos esses casos, estamos falando de zigotos e não de embriões.

Assim, levadas ao pé da letra, a legislação dos vários países e as normativas internacionais sobre a regulação do uso de células “embrionárias” cuidam da pesquisa, da reprodução assistida ou do tratamento com uso de células que, em verdade, são *zigóticas*.

Esse equívoco terminológico está presente em todas as legislações atualmente existentes sobre a matéria, com exceção da lei espanhola que elide o problema, ao denominar esses zigotos de “pré-embriões”.

Em vista disso, adotaremos, aqui, a terminologia empregada nessas leis segundo a qual “embrião” é entendido como a entidade em desenvolvimento durante os primeiros 14 dias, anterior à implantação no útero (2)

Da mesma forma, é difícil, nesse campo, estabelecer limites precisos entre pesquisa e uso clínico ou terapêutico, na medida em que a tecnologia e a própria pesquisa básica desenvolveram-se e vêm se desenvolvendo muito associadas às necessidades da clínica.

Por outro lado, essa distinção não deveria ser de importância para a regulação do uso de embriões humanos, cujo princípio norteador deveria ser a existência ou não de segurança e benefício para o embrião.

Características gerais da legislação sobre uso de células embrionárias.

Na grande maioria dos países da África, do Oriente Médio, da Ásia e da América Latina inexistem regulamentos sobre a matéria. Na Europa, no entanto, apenas dois países – Bélgica e Itália – não contam com tais regulamentações, sendo que, no segundo caso, o parlamento italiano está ainda trabalhando com uma lei sobre a pesquisa com embriões humanos. Um projeto de lei, já aprovado pelo senado italiano em dezembro do ano passado, encontra-se, atualmente, na câmara dos deputados.

Nos Estados Unidos, uma Comissão Nacional Assessora sobre Bioética, criada em 1995, solicitou – mas não conseguiu ver aprovada, até o momento – a proposição de uma lei que proíba a clonagem humana. Em 2000, a Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei proibindo a clonagem para fins terapêuticos e reprodutivos que, no entanto, foi rejeitado no Senado por discordância com a proibição da clonagem terapêutica. Em julho de 2002, foi aprovada uma lei que proíbe a concessão de fundos públicos para financiamento de pesquisas que envolvam clonagem. Essa lei, no entanto, não alcança os centros e laboratórios privados que não dependem de financiamento público.

A maioria dos estados americanos possui leis proibindo a clonagem de seres humanos e nove deles dispõem de leis contra a pesquisa com embriões.

O Canadá, no momento, tem em discussão, em seu parlamento federal, um projeto de lei regulando a reprodução assistida que proíbe a clonagem terapêutica e reprodutiva e a criação, *in vitro*, de embriões para finalidades outras que não a reprodução assistida.

O parlamento do Reino Unido anunciou, no final do ano passado, que revisará o atual *Human Fertilization and Embryology Act*, de 1990, em vista do desenvolvimento científico e tecnológico do setor.

A Austrália aprovou, em dezembro de 2002, uma lei para “regular certas atividades envolvendo o uso de embriões humanos e para propósitos relacionados”.

Os regulamentos sobre embriões constituem, em geral, leis especiais sobre “reprodução assistida” (Espanha), “proteção de embriões” (Alemanha, França), “aplicações biológicas da medicina” (Noruega), ou “fertilização humana e embriologia” (Inglaterra, Austrália).

Os respectivos códigos penais contêm sanções. As mais severas são encontradas no da França.

França e Noruega proíbem e expressamente a experimentação com embriões; Áustria, Alemanha e Espanha proíbem o uso de células viáveis para outro fim que não a reprodução assistida.

Na França, o Código de Saúde Pública, de proíbe a concepção *in vitro* de embriões humanos para fins de estudo e experimentação, permitindo-a unicamente para fins de reprodução assistida.

No caso da Alemanha, a Lei para a Proteção dos Embriões, de 1990, a fertilização artificial de um óvulo só é permitida no contexto da reprodução assistida da mulher que o gerou. A lei da Noruega tem o mesmo teor, permitido a fecundação extracorporal apenas no caso de esterilidade da mulher e para implantação apenas no corpo da mulher de quem procedem os óvulos.

Doação de gametas.

Doação de gametas é definida como a contribuição, por um terceiro, de óvulos ou espermatozoides para uma procriação assistida.

Na França a doação é permitida para essa finalidade, mas não para a geração de embriões destinados à pesquisa.

Alemanha e Noruega, na medida em que permitem a fecundação *in vitro* apenas quando os óvulos a serem fecundados procedem da mulher em que serão implantados, a doação destes gametas não é permitida.

Criação de embriões, destino de embriões excedentes, armazenamento de embriões.

O número de embriões gerados e a conservação e o destino dos embriões excedentes é um tema extremamente polêmico.

Em alguns casos (Áustria, Alemanha) o número de gametas fecundados é regulamentado, permitindo-se apenas fecundar o número de óvulos necessários para lograr a procriação assistida dentro de um ciclo menstrual ou proibindo fecundar mais células que aquelas que se transferirão, dentro de um ciclo de tratamento. As células viáveis podem ser armazenadas por um período de um ano, ao fim do qual devem ser destruídos (Áustria, Dinamarca).

Na Noruega, os óvulos fecundados não podem ser armazenados por mais de três anos. Na lei da Espanha, os “pré-embriões” excedentes de uma fecundação *in vitro* poderão ser mantidos em criopreservação, em bancos autorizados por, no máximo, cinco anos. O Código de Saúde Pública francês prevê que o número de óvulos a serem fecundados deve ser determinado pelo casal e que seu armazenamento pode ser feito, também, pelo prazo de cinco anos.

Em vários países (Suécia, Espanha, França), no entanto, a intervenção de tribunais – em especial de tribunais superiores – foi solicitada algumas vezes com vistas à prorrogação desses prazos, por iniciativa dos interessados.

Na Espanha, a lei prevê que, transcorridos dois anos de criopreservação sem que os embriões tenham sido reclamados por seus doadores, eles ficarão à disposição do banco, podendo ser utilizados em pesquisa.

Na Inglaterra, a Autoridade de Embriologia e Fertilização Humana tem o poder de conceder licença para utilização de zigotos excedentes [de um tratamento de reprodução assistida].

A criação de zigotos humanos especificamente para pesquisa é proibida pela lei da Dinamarca, mas permitida na Inglaterra – sob autorização da Autoridade de Embriologia e Fertilização Humana.

Limitação da fase de vida embrionária.

A limitação do tempo em que os ovócitos fecundados / zigotos podem ser mantidos com vida, fora do útero, é estabelecido como de quatorze dias, contados a partir da união dos gametas, não se considerando o período em que permaneceram congelados. Esse tempo é determinado pela aparição da linha primitiva.

Essa norma é encontrada explicitamente nas leis da Espanha, Dinamarca, Suécia e Inglaterra, e regula tanto o seu emprego para fins de tratamento como de pesquisa.

Doação de embriões.

A doação de embriões é proibida na Áustria.

A lei da Dinamarca proíbe a doação, por qualquer motivo, de ovócitos fecundados.

A lei da França permite, “em caso excepcional” a doação de embriões, com o consentimento escrito e informado dos dois casais (doadores e receptores).

A proibição de doação de embriões exclui o uso de embriões excedentes [de um tratamento de reprodução assistida] para pesquisa.

Diagnóstico de pré-implante, identificação de doenças genéticas.

A pesquisa com embriões humanos se concentra no desenvolvimento de tratamentos da esterilidade. A obtenção de embriões para pesquisa – não para reprodução assistida – encontra-se implicitamente regulada na Alemanha, na Áustria e na França.

Em geral, a justificação aceita para permitir a pesquisa voltada para o aprimoramento da fecundação *in vitro* – ainda que de forma restrita – se deve à reputação desse método de fecundação e porque proibi-la seria impedir o tratamento da esterilidade em muitos casos.

A Lei de Fecundação Humana e Embriologia, da Inglaterra, de 1990, permite a pesquisa nessa área, na perspectiva de que entender os processos da reprodução humana, as causas da infertilidade e os mecanismos e condições necessárias à implantação do zigoto são importantes para o tratamento da infertilidade.

Na Alemanha, extrair um embrião de uma mulher, antes de sua “culminação no útero”, com o objetivo de transferi-lo para outra mulher ou de utilizá-lo com outra finalidade que não sua conservação é considerada crime e penalizado. Na Áustria, a lei permite submeter células viáveis a exame, apenas se esse for necessário para lograr uma gravidez. Na França, os embriões podem ser estudados como medida excepcional e sob autorização do casal, apenas com finalidades médicas e quando isso não for prejudicial ao embrião.

A manipulação de embriões e fetos – ou mesmo de material genético humano – é permitida pela lei da Espanha para fins de diagnóstico, prevenção ou tratamento de doenças genéticas. A seleção do sexo é permitida no caso de doenças ligadas a cromossomos sexuais. Não são permitidas, no entanto, modificações no patrimônio genético, normal ou patológico.

A Suécia trata a questão de maneira similar: permite a experimentação com o fim de pesquisa ou tratamento, mas proíbe o desenvolvimento de métodos que produzam efeitos genéticos herdáveis.

A Dinamarca, a experimentação biomédica com gametas e ovócitos humanos fecundados só poderá ser realizada se o objetivo for melhorar o processo de fecundação *in vitro* para gerar uma gravidez, proibindo-se qualquer outra forma de pesquisa.

O diagnóstico de pré-implantação (PID), isto é, o emprego de técnicas para diagnosticar a presença ou ausência de doença genética no embrião, consiste em extrair uma célula do zigoto para analisar seu DNA na busca de determinado gene. A técnica foi desenvolvida a partir da experimentação com zigotos e seu desenvolvimento e aplicação clínica, no futuro, dependem do prosseguimento desse campo de pesquisa.

A lei alemã proíbe a PID, ainda que existam divergências de interpretação a respeito.

As leis da França e da Noruega permitem a PID em condições excepcionais, isto é, frente ao risco elevado de o casal gerar um filho portador de uma doença genética grave e sem cura, e sob autorização escrita de ambos os pais.

Na Inglaterra, ao contrário, a pesquisa nessa área é permitida por lei, para promover o desenvolvimento de métodos para detectar aquelas doenças antes da implantação do embrião, em processos de reprodução assistida.

A lei inglesa constitui, assim, um padrão diferenciado no contexto da regulação da matéria pelos demais países do hemisfério norte, ao permitir e regulamentar a pesquisa com embriões com vistas tanto à regulação da fecundação quanto ao estudo do desenvolvimento humano, ao conhecimento e prevenção das doenças genéticas e congênitas e ao aperfeiçoamento das técnicas de reprodução assistida.

De qualquer forma, onde a pesquisa é permitida, ela depende de autorização por uma autoridade competente de âmbito nacional – da área de saúde ou de uma comissão multidisciplinar – e se requer que seja levada a cabo em poucos centros, igualmente autorizados e controlados por autoridades públicas competentes.

Seleção de embriões com base em seus genes.

A seleção de embriões é ou proibida ou permitida apenas para a prevenção da transmissão de doenças hereditárias.

Na Inglaterra, a seleção de embriões com base em seus genes é legal, no âmbito de um processo de PID. Na França, da mesma forma, a seleção é permitida quando há risco elevado de a criança nascer com uma desordem genética e o embrião selecionado for implantado no útero da mãe que forneceu o óvulo. Na Itália, uma lei proíbe “qualquer forma de seleção eugenética”, permitindo, no entanto, a seleção de embriões para evitar a transmissão de doenças hereditárias. Na Espanha, a seleção e o PID são não apenas permitidos como constituem prática legal e comum.

Seleção de embrião para doar tecidos para uma outra pessoa.

Na Inglaterra, a lei permite que tecidos da placenta de um recém-nascido de um embrião selecionado com essa finalidade, para tratamento de irmão. Ademais, uma lei, votada em janeiro de 2001, permite a produção de embriões por clonagem para fins terapêuticos, limitando, no entanto, o desenvolvimento desses embriões até o 14º dia. A mesma lei proíbe a clonagem reprodutiva.

Na França, não é ilegal o emprego de células totipotentes de um embrião no tratamento de outra pessoa, ainda que, até o momento, não tenha havido casos dessa aplicação. O parlamento francês está discutindo, no momento, uma regulamentação sobre o uso dessas células.

Ao contrário, na Alemanha é ilegal a manipulação de um embrião que não seja em seu benefício próprio.

A Espanha não tem provisão legal para essa matéria nem casos.

Considerando os avanços recentes nessa área que mostram que as células totipotentes somáticas são mais eficazes que as embrionárias para fins terapêuticos, a legislação sobre esse tópico deverá sofrer profundas alterações em curto prazo.

27 de janeiro de 2004.

Referências

1. Stedman. Dicionário Médico (25ª ed.). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1996. II. (ver pág. 415).
2. Hys, H. Experimentação com embriões. In: Casabona, CMR (org.) Biotecnologia, Direito e Bioética. Belo Horizonte: PUC Minas, 2002, 295 p.

5.6 – Eutanásia e o direito de morrer: legislação comparada (2004)

As várias formas de eutanásia

O Dicionário Médico de Stedman registra duas acepções para o verbete “eutanásia”: “morte indolor” e “morte intencional, por meios artificiais, de um indivíduo com uma doença incurável ou dolorosa” (1).

As situações nas quais a eutanásia estaria indicada – tomando, como paradigma, os estágios terminais de determinadas doenças com grandes sofrimentos físicos ou psíquicos – são aquelas nas quais a libertação do paciente de seu sofrimento se reveste do sentido da compaixão e da piedade, para com ele e seus familiares, uma vez que o prolongamento da vida, nessas condições, representaria grande ônus psicológico e material para todos os envolvidos, sem possibilidade de cura ou atenuação do sofrimento do paciente. Não por outra razão, a eutanásia é também referida como “morte por compaixão”.

Existem três formas de eutanásia: a eutanásia ativa, a eutanásia passiva e o suicídio assistido.

É denominada eutanásia ativa a atuação do médico, da equipe de saúde que assiste o doente ou de uma terceira pessoa no sentido de, ativamente, por fim à sua vida, geralmente por meio de procedimentos de sedação.

A eutanásia passiva, por sua vez, consiste em suspender os tratamentos ou os procedimentos de manutenção da vida, permitindo que sobrevenha a morte do paciente.

O suicídio assistido é a situação na qual o médico, a equipe de saúde ou outra pessoa ajuda o paciente a tirar sua vida.

Esses atos, presentes na prática diária dos hospitais no mundo todo, são confinados às sombras da discrição ou do segredo, raramente são discutidos abertamente e, mesmo quando são ilegais – como é o caso de vários países que os criminalizam, por meio de provisões de seus respectivos códigos penais (ver item 5 – Legislação comparada) – raramente são punidos.

Os estudos disponíveis, realizados em países europeus, nos Estados Unidos e na Austrália, mostram, consistentemente, quatro situações a respeito da eutanásia: sua prática é corrente e ela é cada vez mais empregada; mesmo nos países em que ela é criminalizada, a penalização ou a aplicação de sanções de caráter ético são extremamente raras, em comparação com o número de ocorrências; sua aceitação é crescente, tanto entre médicos e outros profissionais de saúde como pela população em geral; e, pelo menos na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália, há um movimento no sentido de sua regulamentação objetivando, por um lado, a proteção dos profissionais que a praticam e, por outro, a contenção de abusos.

As evidências empíricas da prática de eutanásia consistem em estudos entre os quais destacam-se os realizados na Holanda, em 1990-91 e repetido em 1995-96, apoiado pelo governo; um estudo de metodologia similar, realizado com apoio dos Ministérios da Saúde e da Justiça, na Região de Flandres, na Bélgica, em 1996 (2); duas enquetes realizadas no Reino Unido, pelo *British*

Medical Journal e pelo *The Sunday Times*,⁽³⁾ respectivamente em 1994 e 1998, entrevistando médicos; uma pesquisa feita na Noruega, em 1997, e várias pesquisas realizadas na Austrália, entre 1995 e 1998.

Os estudos holandeses consistiram em duas investigações paralelas: entrevistas com uma amostra randômica de médicos e análise de uma amostra, também aleatória, de atestados de óbito e de um questionário enviado aos médicos que atenderam esses pacientes. O primeiro estudo, de 1991, estimou que entre 1,7% (entrevistas) e 1,9% (questionários) das mortes estudadas resultaram de eutanásia. O segundo estudo, de 1995, encontrou números entre 2,3% e 2,4%. O número de suicídios-assistidos também cresceu entre 1991 e 1995, passando de 0,2 a 0,3% para 0,2 a 0,4%.

O estudo belga, de 1998, encontrou que 4,4% das mortes estudadas resultaram do uso de drogas letais; 1,1% eram casos de eutanásia e 0,1%, suicídios-assistidos.

No Reino Unido, 60% dos médicos entrevistados pelo *British Medical Journal*, em 1994, disseram que tinham sido solicitados a apressar a morte de pacientes e 34% deles tinham acedido. Nessa pesquisa, 46% dos médicos entrevistados informaram que considerariam ajudar alguém a morrer, se isso fosse legal. Na enquete realizada pelo *The Sunday Times*, em 1998, 14% dos médicos ingleses que a responderam admitiram que tinham ajudado pacientes a morrer, por solicitação deles.

Uma pesquisa feita na Noruega, em 1997, revelou que, naquele país, ocorriam cerca de vinte casos de eutanásia por ano.

Na Austrália, uma pesquisa publicada no final de 2001 (4) mostrou que mais de um terço de uma amostra aleatória de cirurgiões australianos já tinha usado drogas para acelerar a morte de pacientes, mesmo sem o pedido destes.

A comprovação de que, mesmo quando é criminalizada, a prática da eutanásia não é punida na mesma intensidade é dada pelo Relatório Marty (5), um estudo produzido pelo Dr. Dick Marty para o Conselho da Europa e dado a conhecer em 10 de setembro do ano passado, com o objetivo de coletar e analisar evidências empíricas relativas a decisões sobre a terminação da vida para promover a sua discussão pública e, à luz dessas evidências e de sua discussão pública, considerar se uma legislação supranacional sobre a matéria se faz desejada e necessária na Comunidade Europeia.

Suas conclusões são de que existe uma impressionante divergência entre a lei e o que acontece na prática, de tal forma que, no Continente Europeu, pelo menos, a aplicação de sanções penais ou mesmo éticas é extremamente rara em comparação com o número de casos.

O crescimento do apoio à legalização da eutanásia, tanto por parte dos trabalhadores de saúde quanto da população em geral, é revelado pelos estudiosos da matéria e pelas evidências. (6)

Nesse sentido, é de registrar-se o recente fenômeno editorial representado por 400.000 exemplares do livro "Peço o Direito de Morrer" vendidos em poucos meses, na França no ano passado.

O livro, de autoria do jornalista Frédéric Veille, traz as memórias e a luta de Vincent Humbert, um jovem de 19 anos que sofreu um acidente que o deixou tetraplégico, mudo e quase cego.

Comunicando-se por um sistema de sinais – pressionando seus dedos sobre a palma da mão do interlocutor – desenvolvido por ele e sua mãe, ditou uma carta ao Presidente da França pedindo a eutanásia e, mais tarde, suas memórias ao jornalista. Não teve a sua solicitação atendida e sua mãe e seu médico acabaram sendo processados por satisfazê-la.

Ao ser investigado judicialmente, o médico – que revelou que a eutanásia de Vincent Hubert foi uma decisão coletiva da equipe que o assistia – recebeu a solidariedade pública de 110 de seus colegas que publicaram um manifesto de apoio a ele. Uma página de solidariedade ao médico, aberta na Internet, recebeu milhares de “visitas”.

Num país cujo código penal prevê pena de até prisão perpétua para quem pratica a eutanásia, 85% dos adultos franceses investigados queriam ver reconhecido o direito a ser ajudado a morrer.

Em vista do drama de Vincent Humbert, a câmara dos deputados francesa criou uma comissão para estudar o problema e o Ministro da Saúde veio a público pedir que o debate sobre a eutanásia permanecesse aberto, no país.

Na Austrália, uma pesquisa realizada em 1995 mostrou que 81% dos adultos apoiam a eutanásia, um aumento em relação a pesquisas similares anteriores realizadas em 1994 (79%) e 1986 (66%). Uma pesquisa paralela evidenciou que 60% dos médicos e 78% dos enfermeiros daquele país eram favoráveis à eutanásia voluntária. (7)

No Japão, uma pesquisa recente encontrou que 88% dos médicos consultados se declararam a favor da eutanásia ativa; 2%, contra e 10% não responderam (8).

O Direito de morrer – principais argumentos a favor e contra a eutanásia

A grande discussão aqui é sobre se existe ou não o direito de morrer; se o direito constitucional à vida – presente na quase totalidade dos textos constitucionais, mundo afora – implica ou não em negar ao homem o direito de escolher morrer.

Na medida em que a proibição de causar, intencionalmente, a morte de alguém é um dos fundamentos das relações sociais, a eutanásia é considerada um crime, na maioria dos países.

Além desse, os principais argumentos contra a eutanásia se baseiam em razões de ordem religiosa – tomando destaque o “mandamento” judaico-cristão de “não matarás” –; de ordem ética – e, aqui, se contrapõe o axioma hipocrático de *primum non nocere* –; de ordem lógica – oponentes à eutanásia alegam que a permissão para que o médico pratique eutanásia minaria, de forma definitiva, a relação de confiança que deve existir e prevalecer entre médico e paciente, em especial entre aqueles gravemente doentes e dependentes –; e de ordem prática – alegando-se que, por um lado, os médicos e outros trabalhadores de saúde não são adequadamente treinados para isso e, por outro, que sua descriminalização ensejaria abusos.

O principal argumento a favor da eutanásia e sua descriminalização baseia-se no reconhecimento do direito à autodeterminação e autonomia, isto é, o reconhecimento do direito de o doente tomar decisões em relação a sua vida e morte, de acordo com seus próprios valores e crenças, como uma questão de liberdade e equidade, em face da morte.

Para as pessoas que defendem a descriminalização e regulamentação da eutanásia, ninguém tem o direito de impor, a uma pessoa com uma doença terminal, a obrigação de viver uma vida apenas vegetativa ou presa da dor incurável e veemente, quando ela tenha expressado persistentemente sua vontade de por um fim nesse sofrimento.

Mesmo com os avanços obtidos em relação a cuidados paliativos, eles não conseguem, em todas as circunstâncias, controlar o sofrimento e a dor, que se tornam, assim, insuportáveis.

A eutanásia passiva tem sido admitida, muito mais frequentemente, como ética e legal.

Em relação à limitação de abusos, os defensores da regulamentação argumentam que é exatamente a criminalização e a falta de regulamentação que são responsáveis pela situação atual na qual um grande número de procedimentos dessa natureza é realizado nas sombras e sem nenhuma fiscalização e, assim, favorecendo a ocorrência de abusos.

Reconhecem que os abusos não vão desaparecer com a legislação – já que nenhuma legislação tem o condão de eliminar abusos –, mas que ela, certamente, poderá reduzi-los.

A responsabilidade do médico perante o paciente terminal

A responsabilidade do médico perante o paciente – terminal ou não – está definida em códigos de ética ou de deontologia médica.

Todos se baseiam no princípio hipocrático de atuar, sempre, em benefício do paciente, proibindo, como antiética, qualquer prática que não vise o interesse do paciente e a manutenção da vida.

Essa é a disposição do nosso Código de Ética Médica^{3*} que, em seu art. 6º, determina que “o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente”.

Em relação à eutanásia, o Código de Ética é explícito e taxativo, em seu art. 66: “é vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”.

Em relação ao direito à livre determinação do paciente, reza o Código de Ética Médica que é vedado ao médico: “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar” (art. 48) e “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida” (art. 56).

Competência para autorizar a eutanásia e proteções do paciente

Não existe, na nossa legislação, disposições definindo competência para autorizar a eutanásia, uma vez que ela, em qualquer de suas formas, é criminalizada.

Da mesma forma, não existe legislação que trata de matéria afeta à proteção e direitos do paciente ou do enfermo. No entanto, projetos de lei com essa temática foram propostos ao Senado Federal nos últimos anos.

3 * Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Publicada no Diário Oficial da União de 26 de janeiro de 1988, s. I, p. 1.574.

O primeiro deles (Projeto de Lei do Senado nº 159, de 2001, de autoria do Senador Carlos Bezerra – PMDB-MT) visava instituir um “Estatuto do Enfermo”. Foi arquivado ao final da legislatura, sem sequer ter sido apreciado pelas comissões a que foi distribuído.

Em novembro daquele mesmo ano, novo projeto (Projeto de Lei do Senado nº 262, de 2001), dispondo sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde, foi apresentado ao Senado Federal pelo Senador Lúcio Alcântara (PSDB-CE) e teve o mesmo destino.

Em março do ano passado, o Senador Delcídio Amaral (PT-MS) deu entrada ao Projeto de Lei do Senado nº 79, de 2003, que, também, dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde, que foi distribuído às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania e de Assuntos Sociais. Não recebeu emendas no prazo regimental e aguarda parecer na primeira delas, desde 29 de abril de 2003, já tendo sido redistribuído duas vezes. É relator da matéria o Senador José Jorge.

Além desses, um grande número de projetos tem sido proposto, nos últimos anos, em especial na Câmara dos Deputados, tratando de instituir direitos específicos a determinados doentes ou pacientes, entre os quais os de acesso a medicamentos, assistência religiosa, presença de acompanhante durante a internação hospitalar, transporte e assistência especializada. Com frequência, esses projetos buscam o reconhecimento desses direitos a apenas algumas categorias de enfermos ou pacientes e não a todos, como, por exemplo, os idosos, os menores, os portadores do HIV e doentes de aids, os diabéticos e os doentes crônicos.

Legislação comparada

Austrália

Duas províncias aprovaram leis regulamentando a eutanásia, posteriormente revogadas.

A primeira delas foi o *Rights of the Terminally Ill Act*, de 1995 (entrou em vigor no ano seguinte), aprovada no *Northern Territory*, após tumultuada tramitação na qual, por se tratar de “matéria de consciência”, os parlamentares tiveram liberdade de votar independentemente da disciplina partidária.

A lei foi revogada pelo Senado Federal Australiano em março de 1997 por uma margem apertada de votos (38 a 33) e contrariando a opinião pública, que as pesquisas mostravam ser, à época, em 70% favorável à eutanásia.

Em 1998, o Estado de Vitória legalizou o “suicídio assistido”. Novamente, no entanto, a lei foi rechaçada no Parlamento Federal.

Recentemente, em março de 2002, os parlamentares da província de *New South Wales* rejeitaram, por 26 votos a 9, um projeto de lei que regulamentava os direitos dos pacientes terminais.

Comunidade Europeia

Na grande maioria dos estados europeus, a eutanásia é criminalizada segundo disposições de seus respectivos códigos penais, o que não impede que sua prática seja cada vez mais frequente e mais aceita, tanto por médicos e outros trabalhadores de saúde quanto pela população em geral.

Dois países, no entanto, aprovaram, recentemente, leis regulamentando a eutanásia: Holanda e Bélgica. Na Suíça, o Senado Federal está estudando uma regulamentação da eutanásia.

b.1. Holanda

Em 1º de abril de 2002, a Holanda se converteu no primeiro país do mundo a permitir a eutanásia, por meio de uma lei que a regulamenta, denominada *Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act*.

A “ajuda para morrer” já tinha sido reconhecida pelo Tribunal Superior daquele país, em 1984, e, *de facto*, permitida, em 1994, em determinadas circunstâncias, em virtude de um acordo firmado entre o Ministério da Justiça e a associação médica. Com a lei que entrou em vigor em 2002, o suicídio assistido é, agora, uma opção legal para os pacientes terminais, sem converter os médicos em criminosos.

Pacientes maiores, desenganados, com sofrimento insuportável e sem alternativas de alívio, podem beneficiar-se da eutanásia. No entanto, apenas médicos – e não o próprio paciente ou seus familiares – estão autorizados a administrar a medicação indicada.

O regulamento prevê que o doente faça uma petição “voluntária e meditada” e que haja uma segunda opinião médica, além da do médico assistente. Petições escritas são aceitáveis para pacientes em coma ou incapacitados de expressar sua vontade.

Todos esses procedimentos devem ser registrados no prontuário do paciente.

A lei cria comissões especiais – não-judiciais – a quem incumbe supervisionar os casos de eutanásia, com jurisprudência regional e nacional. As mortes por eutanásia devem ser, necessariamente, notificadas a essa autoridade regional.

Do ponto de vista legal, as alterações procedidas pela nova lei no código penal holandês isentam o médico de punição nos casos de eutanásia que cumpram os requisitos anteriormente descritos, mas não descriminalizam outras formas de terminação da vida ou de suicídio assistido.

A lei não reconhece, também, o direito do paciente de exigir a eutanásia ou o suicídio-assistido nem a obrigação de o médico atender à solicitação.

O principal argumento em favor da eutanásia, na Holanda, tem sido, sempre – nos julgamentos éticos, nas cortes de justiça e nos parlamentos – a necessidade de mais autonomia para o paciente e o reconhecimento de que o paciente tem o direito de tomar suas próprias decisões sobre o fim de sua vida.

A definição adotada de eutanásia (“uma ação que objetiva tirar a vida de uma pessoa por seu requerimento”) inclui, apenas, a eutanásia voluntária.

b.2. Bélgica

A lei belga que regulamenta a eutanásia é de 28 de maio de 2002, e conceitua eutanásia como “por fim à vida de uma pessoa, por sua solicitação”. Não inclui o suicídio assistido.

O médico que realiza a eutanásia não comete crime quando se assegura de que o paciente era maior ou emancipado e legalmente competente e consciente no momento em que faz seu pedido; que esse pedido é voluntário, bem considerado e repetido, e não é resultado de nenhuma pressão externa; que se encontra sob constante e insuportável sofrimento físico ou mental que

não pode se aliviado, como resultado de uma séria e incurável desordem causada por doença ou acidente.

O procedimento deve ser notificado a uma comissão federal de controle e avaliação, criada pela lei.

Depois de um ano da entrada em vigor da lei e de mais de 250 casos de eutanásia registrados, um fórum reuniu várias centenas de médicos para avaliar esse primeiro ano sob o novo regime legal e concluiu pela sugestão de ampliar a abrangência da lei, para alcançar também menores de idade e pessoas sofrendo de doenças degenerativas, tais como Alzheimer, desde que a requeiram antes de ficarem incapacitados.

Estados Unidos

Trinta e cinco estados possuem regulamentos que explicitamente criminalizam o suicídio assistido e nove que o criminalizam por meio de lei ordinária.

Três estados não dispõem de regulamentos sobre a matéria e, em um outro, existe regulamento que impõe sanções civis, ainda que não criminalize o ato.

Em apenas dois estados o suicídio-assistido é permitido: Ohio, onde uma decisão da suprema corte estadual, de outubro de 1996, declara que o suicídio assistido não é crime, e Oregon, que o permite, por lei.

Desde 1994, o Estado de Oregon possui legislação que permite a um paciente terminal requerer uma dose letal de medicamento, sob a condição de que dois médicos confirmem que ele terá menos de seis meses de vida pela frente e que esteja mentalmente competente. O medicamento deve ser auto-administrado. A legalização do suicídio assistido, neste estado, foi decorrente de um referendo.

Em 1997, a Suprema Corte dos Estados Unidos determinou que o suicídio-assistido não é um direito protegido pela constituição.

Uruguai

Todos os países latino-americanos, exceto o Uruguai, criminalizam, em seus respectivos códigos penais, o comportamento que objetive a antecipação da morte de uma pessoa. A atenuação da pena existe, para a modalidade culposa do crime. (9)

O Código Penal uruguaio dispõe que “aquele que, com intenção de matar, der morte a alguma pessoa, será castigado com prisão de vinte meses a doze anos” (art. 310, que trata de homicídio). No entanto, estabelece “cláusulas de impunidade” entre as quais está o “homicídio piedoso”, que contempla a eutanásia, pelo menos em algumas de suas formas.

O Código, em seu artigo que trata da matéria (art. 37), estabelece que “os juízes têm a faculdade de excluir do castigo [dar perdão judicial] o sujeito de antecedentes honoráveis, autor de um homicídio piedoso, praticado por motivos de piedade, mediante súplicas reiteradas da vítima”.

A originalidade da resposta penal uruguaia decorre de ser o primeiro e único país latino-americano a permitir a impunidade em casos de eutanásia e de que tal disposição legal tenha se mantido vigente desde 1934, quando foi instituída.

É, ademais, curioso que, passados oitenta anos de sua vigência, a jurisprudência uruguaia não registre nenhuma sentença em que se tenha aplicado esse dispositivo.

Nova Zelândia

Um dispositivo de uma lei de 1990 – *Bill of Rights Act* – confere o direito de recusar tratamento médico, o que torna a eutanásia passiva legal, ainda que discutível legalmente, por causa do tratamento ambíguo dado pelo referido dispositivo.

De qualquer forma, o *Code of Health Consumer's Rights* confirma esse direito, cujo reconhecimento não exige sequer que a solicitação seja escrita, reconhecendo como válida, em situações de emergência, a manifestação oral.

A eutanásia ativa e o suicídio assistido, no entanto, são ilegais, sujeitando a penalidades pesadas.

A eutanásia no Direito Brasileiro

Nosso Código Penal^{4**} é explícito apenas em relação ao suicídio assistido, criminalizando, da mesma forma, o induzimento, a instigação e o auxílio ao suicídio. O art. 122 caracteriza como “crime contra a vida” “induzir ou instigar alguém a se suicidar ou prestar-lhe auxílio para que o faça”, sujeitando o executante a pena de reclusão de dois a seis anos.

A eutanásia, nas suas formas ativa e passiva, é tipificada como um dos crimes contra a vida, da mesma forma que o homicídio e o abortamento provocado.

O Congresso Nacional e a eutanásia

A primeira vez que o Congresso Nacional se viu à frente do problema foi em 1981. Em maio daquele ano, o Deputado Inocêncio de Oliveira apresentou à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 4.662, de 1981, que “permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares, e dá outras providências”.

Distribuído às Comissões de Constituição e Justiça e de Saúde, não ultrapassou a primeira, onde teve aprovado, por unanimidade, parecer do relator pela inconstitucionalidade e, no mérito, pela rejeição.

O Deputado Inocêncio de Oliveira voltou a apresentar o mesmo projeto na legislatura seguinte (Projeto de Lei nº 732, de 1983), e ele teve a mesma tramitação e o mesmo resultado, acabando arquivado, como o anterior.

Dez anos após esse fato, O Deputado Gilvam Borges apresentou o Projeto de Decreto Legislativo nº 244, de 1993, que “convoca plebiscito sobre eutanásia”. Distribuído às Comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Redação, teve aprovação unânime dos pareceres dos respectivos relatores – na primeira, pela rejeição, e, na segunda, pela inconstitucionalidade e injuridicidade.

4 ** Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Três anos depois, o parlamentar – agora investido do mandato de senador – propôs o Projeto de Lei do Senado nº 125, de 1996, que “autoriza a prática da morte sem dor nos casos em que específica e dá outras providências”. Distribuído à Comissão de Constituição e Justiça, teve sua relatoria redistribuída por cinco vezes, nos exatos quatro anos em que lá ficou, sem ter recebido sequer um parecer e acabou arquivado, ao final da legislatura.

A última tentativa foi feita em 2000, pelo Senador Gersom Camata, com o Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000, que “exclui de ilicitude a ortotanásia”, por meio de alteração do Código Penal. A matéria foi distribuída para a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, onde o primeiro relator designado, Senador Bernardo Cabral, apresentou relatório concluindo pela rejeição da matéria, que, no entanto, não chegou a ser apreciado.

Voltou a tramitar na atual legislatura, tendo sido redistribuído, inicialmente, para o Senador Pedro Simon e, depois, para o relator atual, Senador José Maranhão, que apresentou, em julho do ano passado, relatório com voto pela rejeição, ainda não apreciado. A matéria está pronta para a pauta daquela comissão desde então.

Referências

1. Stedman. Dicionário Médico (25ª ed.). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1996. II. (ver pág. 415).
2. Van Der Maas, P.J. *et al.* Eutanasia, psysichian-assisted suicide and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *The New England Journal of Medicine*, n. 335, p. 1699-1705, 1996.
3. Deliens, L. *et al.* End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a national survey. *The Lancet*, n. 356, p. 1806-11, 2000.
4. Ward, B.J.; Tate, P.A. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *British Medical Journal*, n. 308, p. 1332-4, 1994.
5. Douglas, C. *et al.* The intention to hasten death: a survey of attitudes and practices of surgeons in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 175, p. 511-16, 2001.
6. Marty, D. *Euthanasia* (Doc. 9898). Council of Europe. Social, Health and Family Affairs Committee. Suíça, 10 de setembro de 2003.
7. Stanton, J.R. La eutanásia y el falso derecho a morir. Miami: Vida Humana Internacional, 2011. [Disponível em: <http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/falso.html>]
8. Escohotado, A. Reflexiones sobre el morir mejor. In: RIPOLLÉS, J.L.D.; SÁNCHEZ, J.M. (Coord.) *El tratamiento jurídico de la eutanasia*. Valencia: Instituto Andaluz Interuniversitário de Criminología/Tirant lo Blanch, 1996. 629 p.
9. Almada, H.R. *et al.* Eutanasia y ley penal en Uruguay. *Revista Bioética* (CFM), v. 7, n. 1, 1999.

5.7 - O direito de autodeterminação do paciente nas leis americanas e europeias (2004)

O reconhecimento do direito de autodeterminação do paciente relativo aos cuidados a que está sendo submetido é reconhecido como ético pelo nosso Código de Ética Médica⁵ que veda ao médico: “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar” (art. 48), bem como “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida” (art. 56).

A ressalva ao art. 56, no entanto, limita sobremaneira esse direito, e é coerente com outras disposições do Código (art. 66), segundo as quais “é vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”.

Da mesma forma, nosso Código Penal não faz distinção – não registra restrição de ilicitude – entre a ação do médico ou da equipe de saúde que, em respeito à autodeterminação do paciente, não institui o tratamento que poderia prolongar-lhe artificialmente a vida e a agonia e o crime de “perigo para a vida ou saúde de outrem” – caracterizado como “expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente”⁶.

Essa perspectiva está sendo mudada em outras partes do mundo.

Nos Estados Unidos, em 1976, o Estado da Califórnia aprovou uma lei que reconheceu o direito do paciente de recusar tratamento. Em 1983, uma comissão presidencial instituída para estudar problemas éticos na Medicina fez recomendações nesse mesmo sentido. Em 1985, a Associação Médica de Massachusetts definiu que não constitui “uma prática contrária à ética” o atendimento ao desejo de um paciente em estado vegetativo que tenha manifestado previamente sua vontade de recusar tratamento. Em 1986, o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana determinou que “não é contrário à ética” sustar o tratamento médico que prolonga a vida, em pacientes em coma irreversível.

Em 1991, esse mesmo conselho declarou que “o princípio da autonomia do paciente exige que os médicos respeitem a decisão do paciente com capacidade para a tomada de decisões no que diz respeito à suspensão do tratamento”, mesmo quando o resultado provável é a morte do paciente.

Por fim, em 1991, foi aprovada uma lei federal que obriga a que os hospitais perguntem a todos os pacientes adultos se eles têm instruções escritas relativas a seu tratamento tais como o desejo de ser ou não submetido a procedimentos de ressuscitação ou de manutenção artificial de vida. Se o paciente não as possui, o hospital deve informá-lo sobre as alternativas legais a respeito, segundo as leis de cada estado.

5 Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Diário Oficial da União de 26 de janeiro de 1988, s. I, p. 1.574.

6 Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, art. 132.

Essa lei não requer que os pacientes tenham instruções escritas, mas obriga os hospitais a solicitá-las e a orientá-los a respeito.

Fundamentalmente, ela institui a figura das *advanced directives* que consistem em instrumentos por meio dos quais se implementa o exercício da autonomia do paciente, no que diz respeito à saúde e à vida, inclusive antecipando àquelas situações nas quais ela não poderia ser diretamente exercida.

A lei institui três formas de efetivação das *advanced directives*:

- A. a manifestação explícita da própria vontade – documento escrito, no qual o paciente explicita o tratamento médico desejado e a recusa a possíveis tratamentos específicos, em estados de inconsciência ou de demência irreversível, ou na situação de paciente terminal por causa de doença ou acidente;⁷
- B. a atribuição, a uma terceira pessoa, do poder decidir sobre o cuidado da sua saúde;⁸
- C. a manifestação de uma decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico, na qual a pessoa decide, de forma precisa, a classe de atendimento ou cuidado que quer ou não quer receber num futuro estado terminal.⁹

Outra disposição interessante dessa lei é a que obriga o Ministério da Saúde a desenvolver campanha nacional de educação coletiva sobre o tema.

No caso de as pessoas desejarem, antecipadamente, deixar instruções para o caso de ficarem incapazes de manifestar sua vontade ou de comunicá-la existem, em alguns estados, formulários padronizados para cada caso.

Esses documentos e a manifestação de vontade da pessoa podem ser modificados a qualquer tempo e não implicam – a menos que isso seja explicitamente manifesto – alterações na qualidade da atenção recebida nem que o paciente deixe de receber os tratamentos paliativos indicados.

Em alguns casos, é exigida a assinatura de testemunhas, nesses documentos e, nesses casos, são estabelecidas regras tais como: as testemunhas devem ser maiores de idade; não podem testemunhar pessoas da família ou outras que, de qualquer forma, venham a beneficiar-se do estado da pessoa ou de sua morte, nem pessoas que sejam financeiramente responsáveis pelo paciente; também não podem testemunhar diretores, empregados ou outros membros do quadro de pessoal de hospitais.

7 O caso mais comum de “manifestação explícita da própria vontade” é a ordem de não-ressuscitação (DNR, do inglês Do Not Resuscitate), no caso de ocorrer uma parada cardiopulmonar. Pode incluir todas as medidas e procedimentos que o paciente determinar. Em 1990, a Suprema Corte reconheceu o direito do paciente em recusar, sobre a proteção dessa lei, os tratamentos de manutenção artificial da vida, a hidratação parenteral e a nutrição enteral.

8 A lei institui a figura do ‘responsável legal’ ou ‘curador para o cuidado da saúde’, que é uma pessoa, determinada pelo paciente, a quem o médico deve dirigir-se para obter o consentimento informado e tomar as decisões cabíveis. A lei atribui a ela três funções: a de acompanhar os cuidados prestados para verificar se a vontade do paciente está sendo atendida; a de decidir substitutivamente a ele em relação à realização ou manutenção de procedimentos; e decidir o que é de mais interesse para o paciente. A lei não estabelece condições para a nomeação desse responsável ou curador.

9 Também aqui, pode ser indicado um curador. A lei exige que tais determinações sejam incluídas no prontuário do paciente.

No Estado de Indiana, assistência para a elaboração desses documentos, para as pessoas que desejarem – em especial para idosos –, é disponibilizada pelas autoridades sanitárias e de assistência social.

No Texas, lei estadual reconhece os direitos de a pessoa a tomar decisões referentes à assistência à sua saúde, incluindo o de aceitar ou recusar tratamentos médicos e cirúrgicos, bem como o de deixar instruções antecipadas a respeito.

A lei obriga, ainda, o registro, no prontuário do paciente, de suas determinações e a informação da equipe de saúde, bem como a comunicação entre o médico que o atende e seu médico assistente, se não forem a mesma pessoa.

O *Patient Self-Determination Act* é coerente com um dos mais caros princípios da ética contemporânea: o de que as decisões sobre o atendimento de um paciente devem ser as que visam ao melhor resultado possível para ele, *na opinião do próprio paciente*. Sua implementação, no entanto, não se vem fazendo sem uma série de problemas (1).

Entre eles destacam-se: qual o momento adequado para a tomada de decisão pelo paciente e a feitura das *advanced directives*?¹⁰ qual é o momento em que o curador deve iniciar seu papel?¹¹ é necessário ou não um atestado médico ou uma decisão judicial para confirmar o estado de incapacidade do paciente? como se aplicam esses princípios e meios no caso de crianças e adolescentes? até onde estão envolvidos interesses financeiros?¹²

Por outro lado, essa lei tem pontos muito positivos: o aumento da responsabilidade das pessoas no que se refere à própria saúde; o necessário envolvimento e o conhecimento prévios por parte do médico e da equipe de saúde, reduzindo o desgaste psicológico, facilitando o atendimento e reduzindo os custos de internação. Sua aplicação exige, ainda, prestação de informação veraz e adequada pelo médico e pela equipe de saúde ao paciente, pois só assim ele poderá fazer as opções que julgar mais adequadas.

A legislação inglesa¹³ não trata desta mesma matéria, mas do direito do paciente terminal em receber assistência médica para morrer. Trata-se, portanto, de uma lei que regula uma forma específica de eutanásia.

10 Os estudos mostram que o momento da admissão em um serviço de saúde não é o momento mais adequado, inclusive em razão da dificuldade de compreensão, pelo paciente, dos formulários oferecidos. Por outro lado, não tem sido fácil encontrar alternativas efetivas para informar sobre esses assuntos a pessoas que não têm contato com serviços de saúde. Como resultado, a grande maioria das pessoas – mesmo depois de confrontadas com situações de risco – não tomam as devidas decisões nem as formulam.

11 O peso da responsabilidade ética e da carga psicológica sobre o curador é muito grande e os estudos disponíveis evidenciam que os padrões de decisão são distintos segundo o curador tenha ou não vínculos afetivos com o paciente. De qualquer forma, em geral não é claro para as equipes assistenciais como identificar o momento adequado de acionar o curador.

12 Argumenta-se, nos Estados Unidos, que, na medida em que cerca de 30% dos gastos das seguradoras de saúde/planos de saúde acontecem no último ano de vida de seus segurados/beneficiários, o apoio a leis com essa e a outras favoráveis a eutanásia estariam, em verdade, atendendo interesses financeiros e não éticos.

13 The Assisted Dying for the Terminally Ill Act of 2004 (de 8 jan. 2004).

Tem em comum com a matéria aqui discutido dois aspectos: o fato de ser o reconhecimento legal do direito de autodeterminação do paciente e de exigir uma declaração escrita prévia do mesmo para que se possa implementar.

Segundo o portal *Bionet on line*¹⁴, sobre temas de Bioética, mantido pela Comunidade Europeia, naquele continente a situação é a seguinte:

Em Portugal, é legalmente possível, contudo, se houver perigo de vida, a recusa de tratamento imediato só pode ser efetuada pelo indivíduo (ou pela família, se o indivíduo estiver incapaz de expressar a sua vontade). Neste caso, o médico também tem o direito de recusar prosseguir os cuidados dispensados ao indivíduo.

Portugal não dispõe de legislação específica sobre os Testamentos dos Doentes. No entanto, não há nada que impeça alguém de fazer um testamento declarando, por exemplo, que deseja que o deixem morrer se se encontrar num estado vegetativo crônico.

Na Alemanha, qualquer doente tem direito a escolher o tratamento médico que lhe é ministrado. Qualquer pessoa poderá fazer um testamento que regule o tratamento médico nos casos em que o doente possa não estar em condições de dizer aos médicos o que quer. Esse testamento poderá ser feito por escrito ou nomeando outra pessoa como responsável. Os jovens com menos de 18 anos poderão, igualmente, fazer um testamento, mas, neste caso, os médicos terão de obter o consentimento do tutor legal.

A lei dinamarquesa de 1998 sobre os direitos dos doentes (*Lov om patienters retsstilling*) estipula que não é possível iniciar ou prosseguir qualquer tratamento sem o consentimento do doente. É possível uma pessoa fazer um testamento em vida onde expressará a sua vontade quanto aos tratamentos.

Existem duas exceções na Dinamarca, em que os doentes não podem recusar tratamento. Em caso de epidemia, o Ministro do Interior pode, por recomendação do Conselho Nacional de Saúde, ordenar o início de tratamento obrigatório. Tal é estipulado pela lei dinamarquesa de 1979 por ordem das autoridades contra a propagação de doenças (*Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme*).

A outra exceção é o caso das pessoas com doenças mentais que possam estar em perigo ou colocar em perigo pessoas que as rodeiam. Nesses casos, os doentes poderão ser obrigados a receber tratamento. Tal é estipulado pela lei dinamarquesa de 1998 sobre a perda de liberdade e outras compulsões em psiquiatria (*Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*).

Em Espanha um doente pode recusar tratamento médico nos termos do Artigo 10.9 da Lei Geral da Saúde nº 14, de 25 de abril de 1986: "Todos têm os seguintes direitos no que respeita às respectivas administrações de saúde pública: Recusar tratamento nos casos indicados na Secção 6; para o que deverão requerer dispensa voluntária nos termos estabelecidos na Secção 4 do seguinte artigo".

14 http://www.bionetonline.org/português/Content/II_leg1.htm (pesquisa realizada em 26 jul. 2004)

O artigo 6º da mesma lei refere que os pacientes têm livre escolha entre as opções que lhes são apresentadas pelo profissional de saúde responsável pelo caso. É necessário o prévio consentimento por escrito da pessoa para qualquer intervenção a executar, exceto nos seguintes casos: a) quando a não intervenção acarretar um risco para a saúde pública; b) quando o doente não esteja capaz de tomar decisões – e, nesse caso, o direito de decisão caberá à família ou parentes mais próximos do doente; c) quando a urgência da situação não permita demoras em virtude de poderem resultar lesões irreversíveis ou de o doente correr risco de vida.

Na Finlândia, uma *Lei do Paciente* entrou em vigor em 1993. Esta lei inclui regulamentos sobre o direito do paciente a tratamento médico, bem como o seu direito a recusar tratamento, caso o deseje. É possível apresentar um testamento por escrito assegurando, por exemplo, que o paciente não será reanimado contra a sua vontade.

Na França, um doente pode recusar tratamento. De acordo com os princípios estabelecidos no Código Civil (artigos 16-1 e 16-3) relacionados com a inviolabilidade e integridade do corpo humano, um médico não pode forçar uma pessoa capaz de expressar as suas vontades a aceitar tratamento ou exames médicos. Mas o médico tem de informar o doente de todas as consequências da sua recusa e tentar persuadi-lo (artigo 35º do Código de Ética Médica).

Se, excepcionalmente, um médico decidir deixar de tratar um doente, deverá assegurar a continuidade dos cuidados, confiando o doente a outro médico. Os médicos só poderão atuar sem tomar em consideração os desejos do doente se houver uma urgência extrema, a vida do doente estiver em risco ou o doente sofrer de doença mental ou representar um risco para si próprio e para terceiros.

No Reino Unido, é legal um adulto competente recusar tratamento, mesmo que esse ato reduza claramente a sua esperança de vida. São exceções os doentes em tratamento por perturbações mentais e detidos ao abrigo da *Lei da Saúde Mental*, de 1983.

A situação das crianças com menos de 18 anos não é tão clara e favorece as crianças que recebem tratamento. Em alguns casos, as crianças com menos de 18 anos podem dar o seu consentimento para se avançar com um tratamento, mesmo que isso vá contra a vontade dos pais. No entanto, se uma criança com menos de 18 anos recusar tratamento, é possível os pais anularem essa decisão. Em casos extremos, pode procurar-se o parecer de um tribunal para decidir se o médico deverá ou não continuar com o tratamento.

6 de julho de 2004.

Referências

1. Clotet, Joaquim. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: um Estudo da The Patient Self-determination Act. *Bioética (CFM)*, v. 6, n.1, 1998.

CAPÍTULO 6 – DIREITO SANITÁRIO

6.1 - Direito Médico e Direito Sanitário (2011)

Enquanto, no Brasil, o que hoje denominamos de Direito Sanitário tinha por fontes não mais do que meia dúzia de leis e decretos que serviam de substrato normativo para as ações do Estado voltadas para a vigilância sanitária e o controle de doenças – ações que nem o mais ortodoxo liberal sonharia em deixar sob responsabilidade da iniciativa privada ou a critério do mercado –, o Direito Médico florescia, tendo como fonte os códigos de ética e deontologia médicas e o Direito Civil, exatamente porque o ato médico se definia, se reconhecia socialmente relevante e se orientava sob essa perspectiva: uma prática privada, mercantilizada e sem intervenção do Estado.

No Brasil e na América Latina, o Direito Médico nasceu e se desenvolveu bem antes do Direito Sanitário, buscando dar conta das implicações éticas e jurídicas da atividade médica, da relação médico-paciente e da responsabilidade legal do médico. Como tal, o Direito Médico já nasce judicializado: é uma disciplina dos tribunais, sejam aqueles ético-disciplinares das corporações de ofício, sejam os do Poder Judiciário, para onde são levadas a julgar questões de ética profissional e de responsabilidade civil e penal dos profissionais e serviços de saúde – jamais políticas de saúde, demandas relativas ao direito à saúde ou questões afetas a ações e serviços de saúde de interesse coletivo.

Ao contrário do Direito Médico, o Direito Sanitário é resultado não da necessidade de regulação jurídica de uma atividade econômica ou profissional, mas do reconhecimento da saúde como fenômeno e processo social e como direito fundamental – e, como tal, de relevância pública, não uma questão privada. Saúde, para o Direito Médico, é uma condição do paciente no contexto da relação com seu médico ou com um serviço de saúde; para o Direito Sanitário, ela é decorrência de condições de vida e de trabalho de uma população e das políticas públicas tendentes a reduzir seus riscos de adoecimento e a garantir o acesso a ações e serviços de saúde. “O Direito Sanitário reflete essa dinâmica de tradução dos temas de saúde pública para o Direito.” (1)

As fontes, a doutrina e a jurisprudência do Direito Médico se conformam, assim, em torno de questões relativas à responsabilidade ética e, principalmente, civil do médico e, por extensão, aos direitos do paciente, enquanto indivíduos em uma relação de assistência – com frequência mercantilizada –; matérias essas que têm grande proximidade com aquelas objeto do Direito Civil. O grande foco de interesse permanente do Direito Médico – o erro médico – não é nada mais do que uma questão de responsabilidade civil.

Ainda que tenha nascido como uma subdisciplina dos Direitos Constitucional e Administrativo, o Direito Sanitário cedo se tornou independente, produzindo um número crescente de normas jurídicas, doutrina e métodos próprios. Hoje, é derivado de um número importante e crescente de normas jurídicas que alcançam um variado leque de matérias a que estão afetas, nos tempos atuais, as questões de saúde, inclusive a regulação jurídica de *todas* as ações e serviços de

interesse à saúde e não apenas da assistência médica. Ao contrário, as fontes do Direito Médico reduzem-se à deontologia médica e ao Código Civil.

Ainda que digam respeito a campos de atividades sociais delimitados e específicos, no âmbito dos quais acolhem suas normas particulares; ainda que gerem jurisprudências específicas e abundantes, o Direito Médico e o Direito Sanitário têm, por objeto, questões distintas e que não se sobrepõem. Da mesma forma, são distintos seus fundamentos teóricos e seus arcabouços doutrinários.

Há quem diga que o Direito Médico e o Direito Sanitário são irmãos, filhos do Direito e da Medicina que, como pais muito exigentes, os estimulam a crescer e prosperar.

Não tenho opinião sobre se devem crescer juntos, como irmãos siameses, ou separados, como irmãos cujas idades, personalidades e interesses são diferentes.

E possível, em verdade, que não sejam irmãos, mas primos, já que a mãe do Direito Sanitário é, mais provavelmente, a Epidemiologia e não a Medicina. Hygeia, não Panacea.

Brasília, 22 de maio de 2011.

Referências

Aith, F. A emergência do Direito Sanitário como um novo campo do Direito. In: Romero, L C; Delduque, M C. Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa em saúde. Brasília: Senado Federal, 2011.

6.2 – La importancia de la producción normativa para la concretización del derecho a la salud en Brasil ¹

1 Salud como derecho

En Brasil, el derecho a la salud aparece por primera vez en un texto constitucional en 1934, en la constitución que inauguró el estado social brasileño. Sin embargo, en el conjunto de los nuevos derechos sociales que este texto constitucional establecía, el derecho a la salud tenía menor importancia cuando comparado a los demás: mientras que trabajo, educación, artes, letras y cultura eran objeto de ayuda, amparo y estimulación del estado, la salud fue concebida como beneficio.

En la Carta de 1934, el derecho a la salud está limitado al acceso a la asistencia médica y, como tal, es un derecho laborista de sesgo securitario, a la vez que la garantía de las prestaciones asociadas a él fue dada solamente a quién era parte de una relación de trabajo. Los ciudadanos brasileños, como tales, no estaban autorizados constitucionalmente a demandar este derecho del estado y, tampoco, el estado estaba obligado a ofertar atención a cualquier persona, sea a su salud individual, sea a los problemas de la salud colectiva.

En lo que respecta a la salud, la Constitución de 1934 estableció una conformación política e institucional caracterizada por dos formas de prestación de servicios, a su vez correspondientes a dos formas distintas de inclusión social (Fonseca, 2007). En el ámbito de la seguridad social – que se estaba organizando en este período –, la asistencia médica era un beneficio garantizado a categorías definidas de trabajadores, organizado como seguro social y financiado por contribuciones del estado, de los patrones y de los empleados. En cuanto a la salud pública, su protección y defensa no constituían derecho social y, por lo tanto, no formalizó una obligación o deber del estado para con el ciudadano en este campo – aun que haya llevado a un grande desarrollo de la burocracia estatal del sector.

Los textos constitucionales posteriores mantuvieron ésta perspectiva y esta conformación político-institucional hasta que, en 1988, la nueva constitución promovió un cambio radical de paradigma: la salud pasó a ser un derecho fundamental, universal, de ser asegurado por el estado; se declaran de importancia pública las acciones y los servicios de salud; la asistencia médica ya no se concibe como beneficio de seguridad social, sino como acción de salud; y se creó un sistema público, integrando todas las acciones y servicios públicos organizados y mantenidos hasta entonces por varios y distintos departamentos y sistemas estatales – el Sistema Único de Salud, conocido por la sigla SUS.

Hoy, entendido como deber del estado, el derecho a la salud se cumple, básicamente, por tres formas: por la adopción de políticas sociales y económicas que visen la reducción del riesgo de

¹ Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, Buenos Aires, 31 de agosto - 1º de septiembre de 2011.

enfermedades; por el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud; y por su tutela jurisdiccional.

Del reconocimiento de la salud como un derecho y del tratamiento especial dado al tema por la Constitución Federal de 1988, se ha observado un aumento correspondiente de la cantidad de normas jurídicas dirigidas a su protección, dando, por resultado, una dilatada producción normativa destinada al tratamiento jurídico de la cuestión de la salud en Brasil

Lo que aquí buscamos aclarar es ¿esta producción normativa ha contribuido para la concreción del derecho a la salud en Brasil, en estas tres dimensiones?

2 Políticas sociales y económicas y derecho a la salud

La experiencia de epidemias recurrentes por enfermedades pestilenciales temprano desarrolló, en las comunidades humanas, la percepción de que la salud, además de un asunto personal, era un problema colectivo y una cuestión social. Sin embargo, el reconocimiento de que existían razones económicas y políticas para los factores responsables por la manifestación de la enfermedad – en el individuo y colectivamente – sólo vino suceder en la mitad del Siglo 19, y la identificación sistemática de las condiciones de la vida social como fuente de enfermedad, a partir del Siglo 20.²

Hasta el Siglo 19, la noción de causa de las enfermedades fue influenciada claramente por una óptica positivista y uncausalista de determinación, concepto que comienza a ser modificado con los estudios de Chadwick, en 1842,³ en los cuales atribuye los altos índices de enfermedad y muerte de la población trabajadora en Inglaterra a las malas condiciones de habitación, a la ausencia de saneamiento y a las condiciones extenuantes de trabajo.

La salud – de las gentes, de las comunidades, de las poblaciones – pasó, así, a ser percibida como expresión de las condiciones de vida y de trabajo y, como tal, se convirtió en una cuestión social. Como resultado, la forma de proporcionar salud a las comunidades humanas es la acción pública, haciendo necesaria la intervención del estado.

Este entendimiento fue, finalmente, adoptado en un documento oficial de la Organización Mundial de la Salud, en 2010, según el cual la justicia social es una materia de vida y muerte porque afecta a la manera como vive la gente y a sus riesgos consecuentes a enfermarse y morir

2 Para Mario Timio (1979), eso se debe a la crisis de las explicaciones biológicas de la enfermedad y a la relativa ineficacia de la medicina clínica para mejorar las condiciones de la salud colectiva, empezando una vertiente de explicación del proceso de salud y enfermedad sobre bases esencialmente nuevas.

3 El estudio de Edwin Chadwick – Investigación Sanitaria de las Condiciones de la Población Obrera en Inglaterra, de 1842 – es, en verdad, el más conocido de los textos similares producidos en aquel período – Gavin, 1839; Villermé, 1840 –, evidenciando las flagrantes diferencias en el patrón de mortalidad entre las clases sociales (Timio, 1979), según un movimiento, evidente en las décadas de 1830 y 1840, en el cual se multiplicaron por toda Europa Occidental libros, panfletos e investigaciones sobre la situación de las clases trabajadoras, entre los cuales La situación de la clase obrera en Inglaterra, de Frederick Engels, de 1845, estudiando el impacto social de la industrialización y sus consecuencias políticas e sociales. Por supuesto, el problema no estaba restringido a los suburbios de las ciudades manufactureras de Europa; también existía en el campo.

prematuramente. Las condiciones en las cuales la gente vive y muere, de su parte, son moldeadas por fuerzas de orden político, social y económico (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En Brasil, el movimiento de la reforma sanitaria de las décadas de 1970 y 80 tuvo por fundamento el reconocimiento del carácter socio-económico determinante de las condiciones de empleo, salario, nutrición, saneamiento, habitación y ambientales sobre las condiciones de salud y de que la mejoría de las condiciones de salud del pueblo solamente podría advenir de una política económica socialmente justa que permitiera condiciones de vida adecuadas a la mayoría de la población.

La grande producción normativa en materia de salud que ocurrió en el país después de la Constitución de 1988 tuvo contribución solamente marginal a la concretización de esta dimensión del derecho a la salud, en la medida en que ella depende de la formulación de políticas que se hace desde el exterior al sector de salud. La producción normativa de que depende la concretización de esta dimensión del derecho a la salud es aquella de materia económica, tributaria, social – no sanitaria –, y resulta de procesos sociales y políticos, más do qué legales o jurídicos.

La construcción del sistema público de salud para la garantía del derecho a la salud

Además de la positividad de un buen número de políticas sectoriales, la organización y operación del nuevo Sistema Único de Salud hizo necesaria la creación de mecanismos e instrumentos jurídicos de cooperación y articulación entre Unión, provincias y municipalidades.

Las directrices para la organización del sistema habían sido establecidas en el texto constitucional y la regulación de las acciones y de los servicios, por medio de dos leyes orgánicas. Las normas para su operacionalización, sin embargo, habían sido atribuidas por estas leyes al Ministerio de la Salud y pasado a ser producidas por esta entidad.

Estas normas – perfeccionadas algunas veces entre 1991 y 2006 – hicieron posible avanzar mucho en lo que respecta al desarrollo de foros y de reglas de cooperación y articulación de las acciones federales, provinciales y locales, dirigiendo la organización y operación del nuevo sistema (Romero, 2011), de tal forma que esta estructura normativa – reglas de operación del SUS y políticas de salud positivadas – ha permitido la organización y funcionamiento de un sistema público de salud que, hoy, es responsable por una producción inmensa de acciones y servicios, tanto en el campo de la salud pública cuánto de la atención médica.

En términos de salud pública, ese sistema obtuvo una reducción considerable de casos, de muertes y de internaciones por enfermedades infecciosas; la erradicación de la poliomielitis, el control del sarampión y de la rubéola; la implementación de programas exitosos de inmunización, de control del tabaquismo y del sida – reconocidos internacionalmente y recomendados como modelos a seguir. La estructura desarrollada para la preparación y respuesta a emergencias sanitarias resultó eficiente para proteger al país en los dos últimos episodios de riesgo sanitario internacional – las pandemias de sars y de influenza A – y nuestro sistema de vigilancia sanitaria

garantiza a los brasileños un nivel de confianza que los habitantes de pocos países poseen, en lo que respecta al consumo de alimentos, medicamentos, productos y servicios de salud, sangre.

Lo mismo no se puede decir respecto a la organización de la asistencia médica.

La implantación del SUS representó una gran ampliación del acceso a la asistencia médica para la población brasileña y, de esta forma, fue esencial para la concretización del derecho a la salud en su dimensión de garantía del acceso a acciones y servicios de salud. Sin embargo, a pesar del expresivo aumento de la oferta proporcionada por el nuevo sistema – ofreciendo servicios que van desde la atención a las emergencias a la alta complejidad, de las vacunas a la diálisis, de la atención ambulatoria básica a los tratamientos de los cánceres y los trasplantes⁴ – existen, aun, serios problemas a resolver.

En el área de la asistencia médica, las escaseces principales consisten en la incapacidad del sistema para organizar y funcionar redes regionalizadas y jerarquizadas – condición imprescindible para el acceso a los diversos niveles de complejidad tecnológica de las acciones y servicios, que configura la deseada atención integral – y en la incapacidad del sistema en proveer ciertas acciones y procedimientos en número y calidad necesarios. Las principales causas de estas limitaciones son el presupuesto insuficiente y los problemas de desarrollo institucional de las organizaciones del estado que componen el SUS.

Ya a los finales de los años 1980, la correlación de fuerzas que favorecieron la constitución de aquel modelo había cambiado, de tal forma que, desde el primer gobierno elegido después de la redemocratización del país, políticas de gobierno de orientación neoliberal pasan a contraponerse a la política de estado definida en la constitución que incluya la construcción del nuevo sistema de salud – un sistema que suponía no sólo la adopción de nuevos paradigmas y referenciales, pero también la construcción de una nueva estructura institucional y de financiamiento.

Así, este concepto, este modelo, esta estructura institucional y este proyecto de financiamiento vienen siendo gradualmente minados desde su institución por la resistencia de la estructura del propio estado y del sector y, principalmente, para la puesta en práctica de un proyecto político con objetivos exactamente contrarios, que son la restricción del papel del estado y la expansión de los sectores empresarial privado y liberal de salud.

El comprometimiento intensivo y creciente de los presupuestos públicos con el pago de los servicios de la deuda pública⁵ tiene repercutido en la retracción de los presupuestos sociales, generando, en el caso de la salud, escasez importante de gastos públicos en el sector, de una ma-

4 Según datos oficiales (Brasil. Ministério da Saúde, 2010), en los años de 2006 a 2010, la producción mediana anual de acciones por el SUS incluyó el acompañamiento de 100 millones de personas por 31.500 equipos de salud de la familia; la realización de más de 453,7 millones de consultas médicas; 3,2 billones de procedimientos ambulatorios; 11,4 millones de internaciones hospitalarias; 2,3 millones de partos; 281,7 mil cirugías cardíacas; 9,6 millones de procedimientos de quimio e radioterapia; 20,2 mil trasplantes de órganos.

5 La rúbrica 'Salud' corresponde a 5% del presupuesto general del Gobierno Federal y constituye la tercera mayor en consignación de recursos. El 'Servicio de la Deuda Interna' es la primera, con 49%; la 'Seguridad Social', la segunda, con 25%.

nera tal que, hoy, nuestros gastos públicos *per capita* en salud sean, en media, los más bajos del mundo⁶, lo que obstaculiza el cumplimiento de las directrices constitucionales.

Acreciese a esto un artificio – por medio del cual se materializa la política favorecedora de la expansión del empresariado médico privado – que es el drenaje drástico de recursos públicos federales por medio de la dimisión fiscal para el mercado de medicina pre-paga en detrimento del financiamiento del sistema público. Estos subsidios vienen presentando, históricamente, crecimiento mucho más grande que el presupuesto del Ministerio de la Salud.

El sub-financiamiento del SUS pasó, así, a constituir importante factor para inhabilitar a sus gestores a organizar y ofrecer servicios con calidad, de acuerdo con las necesidades y el derecho de la población que los usa, obligándolos a sub-remunerar a los profesionales y los prestadores de servicios, a dejar de invertir en mejores edificaciones y equipajes y a retrasar el pago de prestadores y proveedores, poniendo en riesgo la viabilidad de la gestión. Tienen, además, dificultad en alistar y mantener, en la cantidad y calidad necesarias, trabajadores de salud a razón de la mala remuneración, de relaciones de empleo precarias, de poca oportunidad de crecimiento profesional y de malas condiciones de trabajo.

De este conjunto de condiciones resulta intensa represión de la demanda, sub-dimensionamiento y baja resolutivez de la atención básica, insoportable congestión en las emergencias y consultorios de especialidades. Es responsable, también, por el predominio de intervenciones retrasadas: enfermedades posibles de prevención no prevenidas; enfermedades agravadas por no haber recibido los cuidados oportunos; muertes evitables no evitadas. De todo esto resulta grande e innecesario sufrimiento humano para los usuarios y los trabajadores del sistema. (Santos, 2009)

El proceso de construcción del SUS – que es como es conocido el movimiento de resistencia contra-hegemónico a las políticas liberales de los gobiernos posteriores a 1988, dirigido hacia la implementación del nuevo sistema – depende, así, de la capacidad de resistencia y de articulación por parte de aquellas fuerzas políticas y sociales que habían alcanzado a insculpir el derecho a la salud en la constitución federal, y que siguen siendo activas.

Se pude concluir, pues, que la estructura legal e institucional desarrollada – resultado de una extensa producción normativa en materia de salud – fue y es esencial para garantizar el acceso a acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación y, así, concretizar esta dimensión del derecho a la salud.

Fue y es esencial, pero no bastante: hoy en día, la concretización del derecho a la salud, en lo que respecta al acceso a acciones y servicios, está más dependiente del financiamiento limitado, de la organización y operación inadecuadas de las redes de servicios y de la no implementación efectiva de las políticas públicas de salud ya existentes, que de la carencia de legislación específica.

⁶ El gasto público per capita con salud en Brasil, hoy día (US\$ 426.00, en 2006), corresponde a menos de la mitad de lo destinado a la salud de cada argentino y de cada uruguayo, y a cerca de 10% de los recursos destinados anualmente a cada habitante de Europa, Japón o Canadá (Santos, 2011).

4 La tutela jurisdiccional del derecho a la salud

Desde la Constitución de 1988, la jurisprudencia consolidada de nuestras cortes reconoce que la prestación de acciones y servicios de salud por el estado constituye la materialización del derecho constitucional a la vida y a la salud y, así, está entendida como derecho jurisdiccionalmente tutelable. Cuando el ciudadano siente que ha sido violado en sus derechos, tiene, según el Poder Judicial brasileño, la facultad y el poder de exigir, al estado, la prestación de la asistencia que necesita.

En este sentido, el funcionamiento de la Judicatura brasileña ha sido importante en la concretización del derecho a la salud en lo que respecta a la tutela de este derecho, y, también aquí, sin embargo, más do que la producción normativa, dos condiciones otras fueron decisivas para esto: la situación de ascensión institucional del Poder Judicial y el aumento de la demanda judicial para la concretización de los nuevos derechos de ciudadanía.

Como resultado de la democratización y de la redefinición de la relación entre los tres poderes hecha por la nueva constitución, el Poder Judicial ganó importancia en la protección de los derechos individuales y colectivos y en el control de las políticas públicas, al mismo tiempo en que, de la misma forma que en otros países, se ha observado, en Brasil, la subida considerable de la demanda de la sociedad por justicia, después de la redemocratización.

Sin embargo, más allá de la reconquista de las libertades democráticas, de la ampliación del catálogo de derechos y del reconocimiento correspondiente de la gente en cuanto a sus derechos, otro elemento contribuyó de forma decisiva para esa ascensión del Poder Judicial: la introducción de instrumentos procesales nuevos para garantizar su eficacia en la tutela de aquellos derechos. Así, agregada a la nueva posición de independencia de la Justicia con relación a los demás poderes, la Constitución de 1988 promovió no solamente la creación de un sistema amplio de garantías de los derechos como una serie de innovaciones procesales a su servicio. Entre estos mecanismos sobresale la ampliación de las funciones y del ámbito de actuación del Ministerio Público y del acceso a la justicia por medio de la creación de defensorías públicas.

La producción normativa en materia de salud – excluidas las disposiciones constitucionales – ha tenido un papel secundario en este proceso.

Sería de esperar que la producción normativa – en especial aquella que positivó las políticas que están siendo judicializadas – tuviera un papel relevante al proveer las bases para las decisiones judiciales. Pero esto no sucedió: en las decisiones de nuestras cortes, los preceptos constitucionales tienen precedencia sobre las disposiciones legales que positivaron las políticas. Frente a disposiciones constitucionales que instituyen el derecho público subjetivo a la salud como prerrogativa jurídica indisponible, las decisiones no consideran válidas las disposiciones legales. Por constituir normas infra-constitucionales, las leyes que positivaron políticas no son, en general, consideradas por los jueces, que las entienden como instituidoras de puros procedimientos burocráticos y no de instrumentos técnicos de gestión de la política.

Mientras que la principal causa de las acciones judiciales ha sido la ausencia o la escasez de la atención a la salud individual – de la asistencia médica y farmacéutica en especial – con base en el concepto de atención integral, abogan algunos que la existencia de un marco legal más preciso, que definiera el catálogo de prestaciones que constituyen la obligación del estado y diera, materialmente, forma a esa integralidad, limitaría las pretensiones de los demandantes y la actuación del Judiciario.

En esta dirección, fue aprobada recientemente por el Congreso Nacional y sancionada por el Presidente una ley que trata de la asistencia terapéutica y de la incorporación de nuevas tecnologías en el ámbito del SUS. La gran esperanza de los gestores – reos de innumerables acciones judiciales – está en que esa nueva regla pueda delimitar el derecho, el acceso o la extensión de la asistencia a ser impartida en el ámbito del SUS.

En vista de la tendencia descrita, esa nueva regla jurídica muy probablemente no ocasionará el efecto deseado para reducir el número y el objeto de las demandas legales contra el sistema de salud.

Conclusión

La reforma sanitaria insculpida en el texto constitucional de 1988 hizo del sistema público de salud brasileño uno de los más importantes sistemas públicos para la protección social y, en cuanto política de estado, uno de los avances más significativos del proceso civilizatorio y de realización de los derechos sociales – entre los cuales, el derecho a la salud.

De la constitucionalización de este derecho, resultó una alargada producción de normas jurídicas infra-constitucionales dirigidas a su protección y destinada al tratamiento jurídico de la cuestión. Ellas jugaran un papel relevante, pero no siempre decisivo para su concretización.

En su dimensión política, eso es, el papel de las políticas sociales y económicas que permitan modos de vida más humanos a más largos segmentos poblacionales y visen la reducción del riesgo de enfermedades, la extensa producción normativa, legal e infra-legal, en materia de salud elaborada después de 1988 tuvo importancia marginal, una vez que aquellas políticas se formulan en otros campos de actuación del gobierno.

En lo que se refiere al acceso a acciones y servicios – por cierto, una de las más significativas dimensiones de la concretización del derecho a la salud – aquella producción fue esencial para la construcción de un sistema público de altísima productividad y la ampliación de la población asistida. Sin embargo, depende, hoy, menos de leyes y más de la capacidad del Ejecutivo para organizar, financiar y funcionar un sistema de salud eficiente y de acceso universal.

En lo que respecta proveer sustrato normativo a la tutela jurídica de este derecho, la producción normativa en materia de salud no ha sido relevante, una vez que las decisiones de nuestras cortes, cuando juzgan las acciones de ciudadanos contra el estado exigiendo la prestación de la asistencia que necesitan, se sustentan mucho más en los principios constitucionales que en la legislación o en la política positivada.

Brasília, 14 de janeiro de 2017

6.3 – Definição de perfis ideológico-partidários para estudos de produção normativa em saúde no Brasil pós-1988 (2014)⁷

Introdução

Até que ponto a produção normativa em saúde, feita pelos parlamentos, decorre do protagonismo dos movimentos sociais? Até que ponto a democracia representativa que preside a organização dos parlamentos latino-americanos atende às necessidades de transformar os direitos da rua em direito positivo? As leis de saúde – o Direito Sanitário – positivam valores, direitos e interesses do conjunto da população ou apenas daqueles grupos politicamente organizados? De que meios legais dispõem a população e esses grupos sociais para fazerem valer sua voz nos parlamentos e interferir no processo legislativo de matérias de saúde?

Fala-se em estarmos vivendo uma crise da democracia representativa, que se mostraria insuficiente tanto para motivar a participação popular como para resolver a falta de identificação entre representantes e representados, condições que limitam a legitimidade do exercício do poder. Na opinião de Boaventura Santos, apesar de ser o modelo hegemônico, a democracia representativa não garante, nos tempos atuais, “mais do que uma democracia de baixa intensidade, baseada na privatização do bem público por elites mais ou menos restritas” (1). A representação política, dessa forma, já não constituiria meio satisfatório para resolver os grandes problemas da maior parte da população, restringindo-se o Parlamento à intermediação de favores com o Executivo (2)

Do ponto de vista da produção normativa, a crise da democracia representativa caracteriza-se pela reduzida participação popular, ausência ou insuficiência de consulta a seus eleitores por parte dos parlamentares e resistência do Poder Legislativo à aplicação dos meios instituídos de participação popular no processo legislativo.

Com o reconhecimento desses limites da democracia representativa, e numa tentativa de superar a crise anunciada, as constituições latino-americanas, posteriores aos movimentos de redemocratização do continente das décadas de 1980 e 1990, institucionalizaram mecanismos de participação do cidadão no processo legislativo: plebiscito, referendo, iniciativa popular e legislação participativa são as formas estabelecidas para ampliar a participação direta do cidadão na elaboração das leis. Na maioria dos casos, a criação desses institutos foi resultado da própria participação popular no processo constituinte. Na opinião de Boaventura Santos, “a Constituição [brasileira, de 1988] foi capaz de incorporar novos elementos culturais, surgidos na sociedade⁸, na institucionalidade emergente, abrindo espaço para a prática da democracia participativa” (1).

7 Capítulo do livro **O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Brasília: Fundação Universidade de Brasília: Centro de Ensino à Distância, 2012. pp. 215-224. Em coautoria com Geraldo Lucchese, farmacêutico, doutor em Saúde Pública, Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados, Brasília.

8 Ele está se referindo ao aumento da influência de novos atores sociais, advindos dos movimentos sociais, nas instituições políticas, por meio de novos arranjos participativos.

Institutos de democracia direta e suas limitações

Plebiscito consiste na consulta à opinião popular, perante à qual e dependendo de seus resultados adotam-se ou não providências legislativas. *Referendo*, por sua vez, é a consulta à população sobre disposições constitucionais ou legais em matérias de amplo interesse público, convalidando ou não decisões legislativas (3). Desconhece-se a realização de plebiscitos ou referendos sobre matérias de saúde, na América Latina.

Iniciativa popular consiste no “desencadeamento do processo legislativo pelo povo” (4). No caso brasileiro, esse instituto tomou seus contornos atuais com a Constituição Federal de 1988 (art. 61 § 2º), segundo a qual, para ser aceita uma proposição legislativa de iniciativa popular, ela precisa ser subscrita por, no mínimo, 1% do eleitorado nacional, distribuído em, pelo menos, cinco estados, com não menos de 0,3% de eleitores cada um deles. A lei que o regulamentou, determina que, ademais, trate o projeto de um só assunto e que, se tiver vício de forma, cabe à Câmara dos Deputados – casa que tem a competência para iniciar a tramitação – providenciar a correção.

Não podem ser objeto de projeto de iniciativa popular os que atingem: a forma federativa; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos poderes; e os direitos e garantias individuais.

Na América do Sul, Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Nicarágua, Peru, Uruguai e Venezuela contemplam esse instituto em suas respectivas constituições.

No Brasil, a iniciativa popular teve um papel importante já no processo constituinte de 1987-88. O regime militar que vigorou entre 1964 e 1985 revogou direitos civis e políticos; impediu, censurou ou mesmo suprimiu canais de representação e estabeleceu a ditadura do Executivo sobre os demais poderes. No entanto, já em meados da década de 1970 observava-se o recrudescimento e uma vigorosa organização de movimentos de base popular, reivindicatórios de trabalho, transporte, saúde e democracia.

Esses movimentos foram atuantes na Assembleia Constituinte de 1987-88, inicialmente influenciando a redação do regimento – que acabou permitindo a apresentação de emendas populares ao projeto de Constituição – e, depois, aproveitando-se desse mecanismo de participação para a apresentação de 122 emendas populares, subscritas por mais de 12 milhões de eleitores, resultando numa “intensa participação da sociedade fora e dentro das comissões da Assembleia Constituinte”. (2).

Apesar de a iniciativa popular constituir o instituto que mais se presta à participação direta e positiva da população nos atos legislativos, sua aplicação é extremamente dificultosa e complexa, em razão de uma “extenuante limitação formal para sua consecução”, nas palavras de Alexandre Garcia (3). A exigência de elevado quociente eleitoral para apresentação (subscrição por um número elevado de eleitores) e a dificuldade em operacionalizar o controle de assinaturas acabaram por comprometer o uso mais largo do instituto que, hoje, tem muito pouca utilidade: é mais fácil pedir a um parlamentar que adote e apresente o projeto como seu – o que, aliás, é o que a sociedade organizada e os grupos de pressão têm feito.

Legislação participativa consiste na apresentação de sugestões legislativas por entidades organizadas da sociedade a uma comissão permanente instalada para esse fim numa casa legislativa. As sugestões são examinadas pela comissão que delibera sobre se devem ou não serem aceitas como proposições legislativas e, caso positivo, são adotadas e encaminhadas como de autoria da comissão, iniciando o processo legislativo regular. É vista como um importante instrumento de democracia semidireta, capaz de contornar os obstáculos da iniciativa popular e favorecer a presença popular no Legislativo (3)

No Brasil a criação da primeira comissão de legislação participativa foi instalada em 2001, na Câmara de Deputados, em decorrência da aprovação, por aquela Casa, de um projeto de resolução de iniciativa de deputado⁹ cujo objetivo era “buscar um estreitamento das vontades das ruas com as ações congressuais” (4). A experiência se disseminou para outras casas legislativas: o Senado Federal criou sua comissão em 2003 e pelo menos dez Assembleias Legislativas (Legislativos estaduais) e outras tantas Câmaras de Vereadores (Legislativos municipais) também o fizeram (2).

São competentes para apresentar projetos de lei as associações e órgãos de classe, os sindicatos e demais entidades organizadas da sociedade civil, exceto os partidos políticos, requisito que limita a participação popular na medida em que instrumentaliza a realização de interesses de determinados grupos sociais com maior capacidade de organização política em detrimento exatamente daqueles grupos mais vulneráveis e menos organizados. No que diz respeito ao direito à saúde, grupos sociais desfavorecidos (indígenas, negros, presidiários, portadores de determinadas patologias etc.) têm menos acesso essa forma de participação, na medida em que têm menor inserção em redes sociais inclusivas e não estão social e politicamente organizados.

Todos esses mecanismos, no entanto, se mostraram insuficientes para o encaminhamento das demandas das ruas: plebiscitos e referendos são recursos muito raramente empregados em nosso continente e não em matéria de saúde; a iniciativa popular foi encerrada em tantas dificuldades que a tornaram inacessível e, na prática, inviável; e a legislação participativa mostrou-se um mecanismo favorecedor – para o bem e para o mal do *lobby*.

Legislação participativa e lobby

Lobby é uma palavra inglesa que designa saguão, antessala, sala-de-espera que é usada para designar a ação influenciadora sobre o tomador de decisão ou o legislador. Lobista, portanto, é a pessoa ou grupo de pessoas que exerce essa influência ou se utiliza de mecanismos de pressão sobre o processo legislativo a partir das antessalas dos parlamentos – não apenas por meio dos procedimentos institucionalizados para isso. Corresponde a “grupos de pressão” ou “grupos de interesse”.

Ainda que eventualmente associado a valores negativos, o *lobby* tem sua legitimidade reconhecida em vários países – e, dessa forma, é regulamentado – como instrumento de persuasão e

9 O instituto da legislação participativa e a forma como se institucionalizou no País recebe críticas quanto à sua constitucionalidade, já que não há base constitucional para ele.

meio de favorecer interesses específicos. Há quem veja no vácuo provocado pela ineficiência da democracia representativa, a explicação para a ocupação desse espaço e o crescimento do *lobby* (4).

Segmentos organizados da população (mulheres, negros, categorias profissionais, portadores de determinadas patologias, consumidores etc.) têm obtido resultados positivos em sua atuação lobista na indução de legislação favorecedora de seus interesses.

O papel do *lobby* no processo constituinte brasileiro de 1987-88 foi decisivo, em especial para a conformação dos capítulos que tratam da Seguridade Social e da Saúde. Segundo Galante (4), “durante todo o funcionamento da Assembleia Constituinte, os segmentos organizados estiveram nos corredores e nas galerias do Congresso”.

Em sua tese sobre a representação de interesses em área de saúde na Assembleia Constituinte, Maria Angélica Gomes (5) identificou que três grandes campos de interesses se organizaram na Constituinte: a “coalizão reformista”, que resultou da aliança entre os movimentos sanitário, sindical e popular e os parlamentares “progressistas” – que defendia as teses da Reforma Sanitária; o forte *lobby* orquestrado pelo setor privado dependente do Estado, isto é, prestador de serviços ao setor público, aliado aos parlamentares dos partidos mais conservadores do centro e da direita políticos – que defendia a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento dos mecanismos de regulação estatal, contrários à universalização; e os aliados do sistema privado de atenção médica supletiva (planos de saúde), constituído de setores autônomos do empresariado médico que não dependia da venda de serviços ao Estado – frequentemente aliado do segundo grupo e que defendia a total autonomia do setor, sem qualquer forma de regulação estatal. (5).

Outro exemplo prototípico da atuação de grupos de interesse no processo legislativo foi o observado durante a proposição e apreciação de uma lei de regulamentação dos planos de saúde no Congresso Nacional, obrigando a uma árdua negociação entre os atores sociais envolvidos: usuários, empresários, operadoras, sistema de defesa do consumidor, governo e parlamentares, realizada por meio da realização de doze audiências públicas e do encaminhamento de sugestões (6).

A atuação de parlamentares representantes de interesses das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no âmbito da comissão especial criada na Câmara dos Deputados para apreciar as várias proposições legislativas existentes sobre a matéria, tornou-se tão agressiva que foi cogitada a transferência da decisão para o Plenário da Casa. No Senado Federal, por outro lado, a apreciação da matéria foi caracterizada pela intensa pressão do Poder Executivo, a favor de sua aprovação rápida (6).

A produção da legislação que dispôs sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental¹⁰, dando conteúdo normativo à Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi outro exemplo de situação de extrema conflituosidade presente na sociedade brasileira em relação a uma determinada matéria e, em decorrência disso, de

10 Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

intensa participação dos diferentes grupos de interesse no parlamento. Originária de projeto de lei da Câmara dos Deputados, a lei teve uma tramitação tumultuada e longa – doze anos – entre as duas casas do Congresso, fato que, por si só, demonstra a dificuldade em conciliar interesses tão díspares (a favor e contra a mudança do modelo assistencial) e que, no entanto, souberam se fazer presentes e atuantes no processo legislativo, de forma direta e intensa.

O tema contrapôs, nos espaços do parlamento, das organizações sociais, dos serviços de saúde e na imprensa, numerosos e atuantes grupos de pressão – pacientes, familiares de doentes, trabalhadores de saúde mental, organizações sociais, corporação médica, empresariado médico, representantes do setor saúde e do Ministério Público – que não se utilizaram dos meios institucionalizados de participação no processo legislativo (iniciativa popular, legislação participativa, plebiscito), mas atuaram diretamente junto aos parlamentares, nas audiências públicas e nos espaços públicos do Congresso Nacional.

A atuação de grupos de interesse formados por portadores de determinadas patologias ou condições de saúde vem se mostrando também muito efetiva nas últimas legislaturas, na obtenção de leis favorecedoras de seus interesses. Foi em decorrência da atuação desses grupos de pressão que foram propostas e aprovadas leis de iniciativa de parlamentares, obrigando a prestação, pelo sistema público de saúde (SUS), de assistência farmacêutica para portadores do HIV, doentes de aids, de hepatites e de diabetes – para citar apenas alguns desses grupos mais ativos – e a concessão de benefícios trabalhistas e previdenciários e isenções de impostos para portadores de deficiências específicas, de narcolepsia, de hepatopatias graves e outros.

Neste contexto, os sistemas de saúde baseados em princípios de universalização e igualdade no acesso aos serviços enfrentam um dilema. Muitas leis que estão sendo aprovadas nos parlamentos de seus países beneficiam apenas grupos de pacientes.

Como referido acima, no Brasil, uma lei de 1996, obriga o sistema de saúde a fornecer medicamentos para portadores de HIV. Dez anos depois, os diabéticos reuniram força suficiente para que também fossem contemplados com uma lei que lhes garante o acesso aos medicamentos e dispositivos para medição da glicemia. Leis semelhantes, garantindo ações e serviços de saúde aos portadores de hepatites e de câncer de colo de útero e de mama foram também aprovadas, em 2005 e 2008. Os portadores de outras patologias não têm a mesma garantia. Essas leis parecem comprometer frontalmente os princípios da universalidade, da igualdade de acesso aos serviços de saúde e da equidade.

Nesse caminho, é possível que grupos de pacientes com melhor organização e mais recursos consigam aprovar outras leis de seu interesse. O sistema de saúde brasileiro acabará contemplando mais os grupos mais fortes, que conseguem consumir seus interesses no parlamento. Ou então que uma patologia adquira importância por suas altas taxas de morbidade e mortalidade e seja contemplada com uma lei específica. Esse acesso diferenciado promove, em lugar de superar, a imensa desigualdade social existente no Brasil, ao contrário do que almeja o seu Sistema Único de Saúde.

Proliferação legislativa e participação popular

Não apenas na saúde, mas em todos os campos, se multiplicam leis e outras normas visando regulamentar aspectos da vida em sociedade. Essa tendência de multiplicação de leis e outros instrumentos legais que são cotidianamente incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais recebeu o nome de ‘proliferação legislativa’ e é estudada em alguns países, entre eles a Espanha. Os juristas apontam para a deterioração da qualidade dos ordenamentos jurídicos nacionais.

A proliferação legislativa acontece em quase todos os países democráticos, inclusive latino-americanos, em especial onde o desenvolvimento exige competências de prestação, típicas do Estado Social. Não apenas leis, mas normas e regulamentos infralegais, de âmbito nacional, provincial ou municipal, ou mesmo de blocos regionais, como o Mercosul, o Pacto Andino e a União Europeia, parecem inundar a sociedade.

Em decorrência desta proliferação, alguns autores, como Menendez (7) e Cléve (8), apontam a existência de uma ‘crise da Lei’, que se expressa na sua desvalorização ou banalização, a qual estaria ameaçando inclusive a segurança jurídica. Nas palavras de Menendez (7), que estudou o caso da Espanha, *“es necessário – e incluso urgente – velar por la calidad de nuestro ordenamento, esa avalancha de leyes y reglamentos que acaban por perturbar, si no destruir, la seguridad jurídica como fin primordial del Derecho”*.

É consenso entre os autores juristas que a forma e o conteúdo dos ordenamentos jurídicos dos países têm estreita relação com os tipos de Estados, que foram se estruturando de acordo com os processos históricos de cada nação. Laporta (9) assinala que o Estado de Direito é o fundamento de todos os ordenamentos jurídicos democráticos atuais. A supremacia da lei como expressão da vontade geral, os direitos e as liberdades fundamentais (dos indivíduos frente ao poder), a divisão de poderes e a legalidade da administração seriam seus fundamentos. Para preservar a liberdade, a propriedade e a segurança o Estado liberal precisou criar estruturas e organização específicas (10).

O Estado de Direito primeiro foi liberal, mínimo, pela sua própria natureza em garantir apenas a liberdade, a propriedade e a segurança – chamados direitos de primeira geração. Depois, com a ampliação das liberdades, como o sufrágio universal, por exemplo, foi democrático. Foi depois de muita luta que os Estados liberais suplantaram o voto censitário e ampliaram o direito de votar. O sufrágio universal conciliou as ideias de liberalismo e de democracia (11).

A conquista dos direitos ditos de primeira geração tinha como objeto a ideia abstrata da liberdade que foi progressivamente se desdobrando em liberdades singulares e concretas – de consciência, de opinião, de imprensa, de reunião, de associação etc. O reconhecimento e a proteção dos direitos do homem passaram a estar presentes nas constituições dos estados modernos (11). Surgia o Estado Democrático de Direito.

Porém, o Estado de Direito concebia o indivíduo abstrato; o emancipava politicamente, mas o deixava ‘ao mercado’, à mercê da sociedade civil, desprotegido em suas necessidades e lutas. Segundo o pensamento marxista – que criticava a concepção de liberdade adotada pelo Estado

de Direito – o Estado teria que trazer ao plano da política o direito da vida real dos seres humanos, que vivem, desenvolvem relações, se alimentam, trabalham, padecem de enfermidades, envelhecem etc. Assim, múltiplos aspectos da vida concreta dos homens passaram, paulatinamente, a ser objeto de legislação. O cidadão abstrato dos códigos do século XIX aparece ao legislador do século XX em sua condição empírica de trabalhador, bebê, mulher, enfermo, analfabeto, sem moradia e assim por diante. Uma grande quantidade de leis especiais passou a alimentar o ordenamento jurídico. E o Estado de Direito cede espaço ao Estado Gestor e Protetor (ou Estado Social ou Estado de Bem-estar Social).

Nesse contexto, da primeira metade do século XX, os direitos sociais firmam-se como direitos de segunda geração. A racionalidade instrumental se preocupa da eficácia dos meios para alcançar os fins. A lei é concebida como um meio, uma ferramenta que produz causalmente um estado de fato, conforme os objetivos das instâncias de poder. Um estado envolvido com a produção, com o crescimento econômico, com o pleno emprego, com a propriedade pública gera muitas normas em forma de leis econômicas. Um estado comprometido com o cuidado aos cidadãos produz muitas leis – de educação, de saúde, de proteção ao desamparo, de aposentadoria etc. A diversidade dos objetos, a quantidade das demandas cotidianas, a variabilidade dos objetivos de política econômica e social, conforma uma estrutura legislativa – especializações, fragmentação dos processos – totalmente diferente (9).

Segundo Laporta (9), as críticas ao Estado Gestor e Protetor – paternalismo, crise fiscal, tamanho e peso exacerbados dos aparelhos administrativos, ineficiência, multiplicação incontrolável de demandas sociais, ingovernabilidade, rigidez, hiperregulação etc. – está fazendo surgir, lentamente, uma nova forma de Estado: o Estado Regulador.

Privatização, desregulação, liberalização, contenção do desequilíbrio fiscal, saneamento financeiro, limites ao gasto público etc. são as realidades e debates dos últimos vinte anos. A eficiência do mercado econômico no marco da globalização é o pano de fundo. O Estado não pode mais ignorar os critérios de eficiência e apenas considerar a proteção, como fazia o Estado Gestor e Protetor. O mesmo autor aponta que agora se busca um tipo de Estado que, sem ser incompatível com a segurança jurídica que o Estado de Direito proporciona e sem renunciar às dimensões redistributivas e de integração social do Estado Gestor e Protetor, supere os obstáculos internos e os freios burocráticos deste último.

No Estado Regulador, o cidadão passa a ser visto, predominantemente, como consumidor e seus direitos protegidos mediante um amplo esforço regulador. O Estado cumpre funções de correção das 'falhas de mercado'; renuncia a ser gestor (de empresas) e desenvolve um perfil político de formulador e aplicador de regras orientadas à eficiência. Entretanto, grande parte da autoridade regulatória reside em agências independentes, dirigidas por especialistas que utilizam critérios técnicos de argumentação. Os sujeitos reguladores se multiplicam e até se sobrepõem; mas não estão submetidos ao controle clássico do processo eleitoral e da responsabilidade política que cria um problema de legitimidade na conformação deste tipo de Estado (9).

A produção normativa se faz abundante, exageradamente complexa, inorgânica, tecnicista, minuciosa, rígida, utilizando-se dos mais diversos instrumentos reguladores. Há uma crescente dificuldade de se conhecer e interpretar o direito. A nova conformação do Estado aparece oferecendo mais legislação e legislação mais técnica. Uma legislação mais maleável e circunstancial que possa atender a democracia de massas e a velocidade das mudanças da sociedade pós-industrial. A proliferação legislativa parece ser a sina histórica do Estado contemporâneo.

A maioria dos países latino-americanos já assumiu, em algum grau, as competências do Estado Social, assim como do Estado Regulador e, certamente, padecem das consequências da proliferação legislativa. Entretanto, a formulação de leis e normas tem outros determinantes além das funções que o Estado adquire em seu contexto social.

Para Clève (8), a existência de um 'novo impulso do positivismo legalista' seria a hipótese explicativa para o fenômeno proliferativo e a 'crise da Lei' estaria a levantar a necessidade de se superar o culto à norma legal.

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento democrático busca novas formas de participação social que superem a insuficiência da democracia representativa. Os movimentos sociais estão mais fragmentados, específicos e reivindicam leis e normas segundo seus interesses específicos.

Na atualidade, entretanto, como afirma Comte-Sponville (12), é urgente reabilitar a política, mas não apenas a política tradicional, da democracia representativa. Os movimentos da sociedade, em qualquer de suas dimensões, em todas as classes sociais, representam a população em movimento, em ação em busca de algo. E a justiça ou as políticas sociais não se estabelecem naturalmente; nunca são dadas e garantidas e, por isso, estão sempre por fazer ou refazer.

Vive-se, pois o dilema de, por um lado, buscar a participação social – e conseqüentemente política – que mobiliza a sociedade, mas incentiva os interesses específicos, ao mesmo tempo em que deve-se organizar o direito de forma a regular os 'egoísmos' dos interesses específicos e evitar a construção de um ordenamento emaranhado, confuso, fragmentado e desqualificado, que compromete mesmo a concepção de direito e de justiça uma vez que perturba a segurança jurídica.

Muitas das leis aprovadas recentemente na área da saúde foram frutos da legítima participação de grupos sociais. Outras, entretanto, parecem ter objetivos meramente eleitoreiros, cuja edição se basta a si mesma, pois não se habilitam os meios materiais e humanos para que venham a ser eficazes (13).

Suspeita-se que algumas leis aprovadas no Brasil não tenham conseguido mudar substancialmente a situação a que se referiram. Por exemplo, será que todas as mulheres de mais de quarenta anos estão fazendo exame mamográfico e todas que já tenham iniciado sua vida sexual estão fazendo o exame citopatológico de prevenção do câncer de colo de útero como determina a Lei 11.664/08? Ou aquelas que precisam de complementação diagnóstica ou terapêutica estão sendo encaminhadas a serviços de maior complexidade? Ou todas as gestantes estão fazendo exames pré-natais e estão seguramente vinculadas à maternidade na qual será realizado o parto, como estabelece a Lei nº 11.634/07?

A resolução de problemas para garantir serviços de saúde, em especial em regiões menos desenvolvidas não depende essencialmente de leis. O resultado pode ser não somente a ineficácia destas leis, como também o seu descrédito e, por consequência, o descrédito da legislação sanitária, sob o ponto de vista da população.

Brasília, 18 de setembro de 2014

Referências

- 1.Santos, BS (org). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- 2.Miranda, JG. Democracia participativa e elaboração legislativa no Brasil: comissões de legislação participativa. *Universitas / Jus*, n. 13, p. 35-61, jan./jun. 2006.
- 3.Garcia, AN. Democracia semidireta. Referendo, plebiscito, iniciativa popular e legislação participativa. *Revista de Informação Legislativa*, v. 42, n. 166, p. 9-22, abr./jun. 2005.
- 4.Galante, EH L. Participação popular no processo Legislativo. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*, v. 4/5, n. 4/5, p. 435-483, 2003/2004.
- 5.Gomes, MA. Equidade e Universalidade do Direito à Saúde: representação de interesses no Congresso Nacional, 1987-1990. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, Universidade de Brasília, 1996.
- 6.Romero, LC. A atuação do Congresso Nacional na regulamentação da Saúde Suplementar. *Revista de Informação Legislativa*, v. 47, n. 186, 195-203, abr./jun. 2010.
- 7.Menéndez, AM e Pedron, AP. L. La Proliferación Legislativa: un Desafío para el Estado de Derecho. Madrid: Civitas Ediciones, 2004.
- 8.Cléve, EM. Atividade Legislativa do Poder Executivo. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.
- 9.Laporta, FJ. Teoría y Realidad de la Legislación: una introducción general. In: Menéndez, A; Pedron, AP (coords.). *La Proliferación Legislativa: un Desafío para el Estado de Derecho*. Madrid: Civitas Ediciones, 2004.
- 10.Bucci, MPD. Políticas Públicas – reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.
- 11.Bobbio, N. A Era dos Direitos. São Paulo: Editora Campus/Elsevier, 2004.
- 12.Comte-Sponville, A e Ferry, L. A Sabedoria dos Modernos. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- 13.Quadra, Bde la. Difusión del Derecho y Medios de Comunicación: la cuestión vista desde la calle. In: Menéndez, A; Pedron, AP (coords.). *La Proliferación Legislativa: un Desafío para el Estado de Derecho*. Madrid: Civitas Ediciones, 2004.

6.4 - Participação social e lobby na produção legislativa em saúde: o caso da legislação contra o tabaco no Brasil.¹¹

Fala-se em estarmos vivendo uma crise da democracia representativa, que se caracterizaria tanto pela falta de identificação entre representantes e representados como pela falta de motivação para a participação popular. Do ponto de vista da produção das leis, essa crise caracteriza-se pela reduzida participação popular nesse processo, pela ausência ou insuficiência de consulta aos eleitores por parte dos parlamentares, e pela resistência do Poder Legislativo à aplicação dos meios instituídos de participação popular no processo legislativo.

Um exemplo da falta de identificação entre representantes e representados e da insuficiência de consulta as suas bases eleitorais ou, mesmo, a pura e simples desconsideração da opinião e dos interesses de seus eleitores é o que ocorreu com a apreciação, pelo Senado Federal, em relação à adoção de uma lei de ambientes livres de tabaco no Brasil: enquanto todas as pesquisas de opinião realizadas mostravam o apoio da imensa maioria da população – fumantes e não-fumantes – à adoção da proibição de fumar em ambientes fechados, e apesar das dezenas de cartas, ofícios, moções e outras formas de manifestação recebidas de parte de associações médicas, organizações científicas, órgãos de classe, organizações sociais, os senadores procrastinaram, reiteradamente, a apreciação e a votação dos projetos de lei em tramitação sobre essa matéria.

A população e os grupos sociais dispõem de meios legais para fazerem valer sua voz nos parlamentos e interferir no processo legislativo de matérias de saúde?

Para responder a essa pergunta precisamos analisar algumas características do processo legislativo. Em primeiro lugar a questão da iniciativa, isto é, quem pode apresentar proposições legislativas; em segundo lugar, as regras do processo de apreciação, votação e aprovação dos projetos de lei pelas duas Casas do Congresso Nacional.

Iniciativa

Nossa Constituição estabelece que a iniciativa das leis complementares e ordinárias compete a qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, mas também, nos casos que ela especifica, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos.

As leis que tratem da administração pública, da organização administrativa e judiciária, dos funcionários públicos, dos efetivos das forças armadas são de iniciativa privativa do Presidente que, além disso, pode, em caso de relevância e urgência, adotar medidas provisórias que têm

11 Exposição apresentada no IV Seminário Alianças Estratégicas para o Controle do Tabagismo. Aliança para o Controle do Tabaco (ACT-Br). Brasília, 8-10 de novembro de 2011.

força de lei. A iniciativa dos cidadãos, por sua vez, pode ser exercida pela apresentação, à Câmara dos Deputados, de projetos de lei, desde que cumpridos alguns critérios.

De qualquer forma, a participação do cidadão no processo legislativo se faz por meio de quatro mecanismos: plebiscito, referendo, iniciativa popular e legislação participativa.

Plebiscito consiste na consulta à opinião popular, perante a qual e dependendo de seus resultados adotam-se ou não providências legislativas. Referendo, por sua vez, é a consulta à população sobre disposições constitucionais ou legais em matérias de amplo interesse público, convalidando ou não decisões legislativas. Plebiscito e referendo constituem, portanto, consultas ao povo antes ou após a tomada de decisões pelo Poder Legislativo.

Nunca foram realizados plebiscitos ou referendos sobre matérias de saúde, em nosso país. Em verdade, esses institutos têm sido raramente empregados.

Iniciativa popular, ao contrário, consiste no desencadeamento do processo legislativo pelo povo, por meio de encaminhamento de projeto de lei à Câmara dos Deputados, como acima referido. Para ser aceita uma proposição legislativa de iniciativa popular, ela precisa ser subscrita por, no mínimo, 1% do eleitorado nacional, distribuído em pelo menos cinco estados, com não menos de 0,3% de eleitores de cada um deles.

No Brasil, a iniciativa popular teve um papel importante já no processo constituinte de 1987-88. O regime militar que vigorou entre 1964 e 1985 revogou direitos civis e políticos; impediu, censurou ou mesmo suprimiu canais de representação e estabeleceu a ditadura do Executivo sobre os demais poderes. No entanto, já em meados da década de 1970 observava-se o recrudescimento e uma vigorosa organização de movimentos de base popular, reivindicatórios de trabalho, transporte, saúde e democracia.

Esses movimentos foram atuantes na Assembleia Constituinte de 1987-88, inicialmente influenciando a redação do regimento – que acabou permitindo a apresentação de emendas populares ao projeto de Constituição – e, depois, aproveitando-se desse mecanismo de participação para a apresentação de 122 emendas populares, subscritas por mais de 12 milhões de eleitores, resultando numa intensa participação da sociedade fora e dentro das comissões da Assembleia Constituinte.

Apesar de a iniciativa popular constituir o instituto que mais se presta à participação direta e positiva da população nos atos legislativos, sua aplicação é extremamente dificultosa e complexa, em razão de limitações formais excessivas para sua consecução. A exigência de elevado quociente eleitoral para apresentação (subscrição por um número elevado de eleitores) e a dificuldade em operacionalizar o controle de assinaturas acabaram por comprometer o uso mais largo do instituto que, hoje, tem muito pouca utilidade: é mais fácil pedir a um parlamentar que adote e apresente o projeto como seu – o que, aliás, é o que a sociedade organizada e os grupos de pressão têm feito.

Legislação participativa é o quarto mecanismo de participação popular no processo legislativo. Diferentemente das demais, ele não está previsto na Constituição.

Consiste na apresentação de sugestões legislativas por entidades organizadas da sociedade a uma comissão permanente instalada para esse fim numa casa legislativa. As sugestões são examinadas pela comissão que delibera sobre se devem ou não ser aceitas como proposições legislativas e, caso positivo, são adotadas e encaminhadas como de autoria da comissão, iniciando o processo legislativo regular.

É vista como um importante instrumento de democracia semidireta, capaz de contornar os obstáculos da iniciativa popular e favorecer a presença popular no Legislativo.

A primeira comissão de legislação participativa foi instalada em 2001, na Câmara de Deputados, em decorrência da aprovação, por aquela Casa, de um projeto de resolução de iniciativa de deputado. A experiência se disseminou para outras casas legislativas: o Senado Federal criou sua comissão em 2003 e pelo menos dez Assembleias Legislativas (Legislativos estaduais) e outras tantas Câmaras de Vereadores (Legislativos municipais) também o fizeram.

São competentes para apresentar projetos de lei as associações e órgãos de classe, os sindicatos e demais entidades organizadas da sociedade civil, exceto os partidos políticos, requisito que limita a participação popular na medida em que instrumentaliza a realização de interesses de determinados grupos sociais com maior capacidade de organização política em detrimento exatamente daqueles grupos mais vulneráveis e menos organizados.

No que diz respeito ao direito à saúde, grupos sociais desfavorecidos (indígenas, negros, subsidiários, portadores de determinadas patologias etc.) têm menos acesso essa forma de participação, na medida em que têm menor inserção em redes sociais inclusivas e não estão social e politicamente organizados.

O que não é o caso do movimento contra o tabaco.

Todos esses mecanismos, no entanto, se mostraram insuficientes para o encaminhamento das demandas da sociedade: plebiscitos e referendos são recursos muito raramente empregados em nosso país e não em matéria de saúde; a iniciativa popular foi encerrada em tantas dificuldades que a tornaram inacessível e, na prática, inviável; e a legislação participativa mostrou-se um mecanismo favorecedor – para o bem e para o mal do *lobby*.

Características do processo legislativo e possibilidades de intervir em seu resultado

Os projetos de lei de iniciativa de deputados, do Presidente da República, do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais superiores, bem como aqueles de iniciativa popular, têm sua discussão e votação iniciada na Câmara dos Deputados. Os de iniciativa de senadores e comissões do Senado, no Senado.

Um projeto aprovado numa casa será revisto pela outra. Se aprovado nesta, vai à sanção presidencial; se rejeitado, será arquivado; se emendado, volta à casa de origem que deverá se manifestar sobre a aceitação ou não das emendas apostas pela casa revisora.

Se o Presidente da República aquiescer, sancionará o projeto; se considerar o projeto inconstitucional ou contrário ao interesse público, poderá vetá-lo, no todo ou em parte.

O veto deve ser apreciado em sessão conjunta da Câmara e do Senado, podendo ser rejeitado pelo voto da maioria absoluta de deputados e senadores, em sessão secreta. No entanto, se o veto for mantido, o projeto será enviado para promulgação pelo Presidente da República.

Verifica-se, assim, que o processo legislativo é necessariamente longo e que – mesmo que todos os prazos regimentais sejam atendidos – a tramitação de uma proposição legislativa e sua transformação em lei pode durar mais do que os dois anos de uma sessão legislativa e, na prática, dura, em geral, bem mais do que isso.

Mais importante, no entanto, são alguns detalhes do processo de sua apreciação e votação no âmbito das casas do Congresso porque permitem amplas margens de manobra para a atuação do *lobby* à favor ou contra a apreciação mais rápida ou mais lenta de uma determinada matéria e a influência sobre o seu resultado.

Em princípio, a decisão sobre a aprovação ou rejeição de um projeto de lei é do Plenário. No entanto, antes dessa deliberação, as matérias são objeto de apreciação por comissões que as analisam quanto a aspectos específicos. Em determinadas situações, previstas em regimento, a discussão e votação de projetos pode se encerrar nas comissões, dispensada a competência do Plenário.

Existem, assim, comissões de assuntos sociais, de assuntos econômicos, de constituição, de agricultura, de serviços públicos, de redação etc., onde as matérias são analisadas no que diz respeito a esses aspectos específicos que contenham. Uma vez lida a proposição em Plenário, a Mesa Diretora da Casa Legislativa em que o projeto tramita o distribui para apreciação pela comissão ou comissões, em razão de suas competências.

Os relatores designados em cada uma delas e as próprias comissões têm prazos determinados regimentalmente para, respectivamente, apresentarem seu relatório e apreciar a matéria. Esses prazos, no entanto, não são, em geral, cumpridos. Vencido o prazo regimental, sem que o relatório tenha sido apresentado pelo relator ou a matéria sido votada pela comissão, cabe recurso, de parte de qualquer parlamentar, para que o projeto seja encaminhado diretamente à apreciação do Plenário. Mas isso muito raramente ocorre.

A pauta das comissões é decidida pelo Presidente, ouvidos os membros titulares da comissão e esse processo não tem nenhuma transparência para a sociedade e os interessados. Portanto, também nessa fase, um projeto pode ficar por longo tempo sem ser distribuído para relatoria ou, mesmo, sem ser pautado.

Se houver entendimento, de parte de parlamentar ou comissão, de que o projeto, em razão da matéria de que trata, deve ser apreciado por outra comissão, além daquelas para as quais foi inicialmente distribuída, faz-se necessário aprovar requerimento nesse sentido pelo Plenário da Casa.

Como se pode ver – e apesar dos mecanismos e prazos regimentais existentes – existe uma grande margem de manobra para que a apreciação e votação de determinada matéria seja, de forma deliberada ou não, retardada. Ou acelerada.

Esse recurso tem sido muito e eficientemente utilizado pela agroindústria do tabaco e seus aliados para procrastinar a aprovação de leis contrárias aos seus interesses.

Dois exemplos do emprego com sucesso dessa estratégia foram: a apreciação das proposições tendentes a ampliar as restrições à publicidade dos cigarros, entre 1996 e 2000, e a tramitação do projeto de lei de ambientes livres de tabaco.

A partir da entrada em vigor da Lei nº 9.294, de 1996, que regulamentou a publicidade de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos e terapias e agrotóxicos, mais de quarenta projetos de lei de iniciativa parlamentar foram apresentados às duas casas do Congresso Nacional, para ampliar as restrições à publicidade dos produtos de tabaco – ou mesmo bani-la totalmente.

Nenhum desses projetos prosperou até que, no ano 2000, o envio de um projeto de lei de iniciativa do Poder Executivo alterasse a situação em razão do fato de esse projeto ter sua tramitação mais célere por determinação constitucional.

A estratégia bem sucedida dos grupos contrários ao aumento das restrições à publicidade do tabaco consistiu em, de forma reiterada e aproveitando as melhores oportunidades, requerer a apreciação por outra comissão sempre que a matéria estivesse pronta para a pauta de uma determinada comissão.

A apresentação desses requerimentos sustava a tramitação dos projetos até que fossem votados pelo Plenário. Em períodos em que os Plenários da Câmara dos Deputados e do Senado Federal se viam as voltas com muitas medidas provisórias e projetos de iniciativa do Poder Executivo trancando as pautas em razão de determinações constitucionais de urgência, essa tática pode adiar significativamente a votação do requerimento e ampliar grandemente o tempo de tramitação dessas matérias.

Outra tática também muito eficiente consistiu em, sempre que a apreciação da matéria já ia bem adiantada, conseguir que um parlamentar aliado apresentasse mais um projeto de lei sobre o mesmo assunto.

Ora, os regimentos das casas legislativas preveem que, em havendo mais de um projeto tramitando sobre o mesmo assunto, eles sejam apensados e passem a tramitar em conjunto para fins de economia processual. A apresentação de novo projeto e, a seguir, do requerimento de seu apensamento aos demais faziam, assim, que a tramitação da matéria voltasse ao início, já que as comissões que já tinha se manifestado sobre ela deveriam, agora, rever suas deliberações à luz da nova proposição apensada.

A estratégia impediu – durante quatro anos – que a ampliação das restrições à publicidade do tabaco fosse sequer apreciada pelo Congresso Nacional.

A aplicação bem sucedida dessa estratégia também conseguiu adiar a apreciação e votação, pelo Senado Federal, da lei de ambientes livres de tabaco, a partir de 2008. Distribuída inicialmente à apreciação de duas comissões, a matéria foi objeto de dois requerimentos para apensamento de projetos, dois requerimentos para audiência a duas outras comissões e outras manobras procrastinatórias que resultaram numa sobrevida para a fumaça de quase dois anos – sem computar os recessos parlamentares.

6.5 - Legislação comparada sobre doação de órgãos para transplante e tratamento (1998)

Introdução

Desde que a tecnologia médica tornou disponível a realização de transplantes de órgãos e tecidos como recurso terapêutico, um conjunto de questões éticas e legais foram trazidas a debate público e parlamentar em várias partes do mundo, com um poder mobilizador que poucos temas costumam ter.

Os conceitos de morte e um conjunto de significados e crenças associados a vários órgãos, diferentes em cada cultura, bem como a própria aceitação da tecnologia, fazem com que a implementação de programas de transplantes de órgãos não tenha sido tranquila em vários países(1) e tido mais sucesso em outros.

Sua aceitação no seio de doutrinas religiosas nem sempre foi pacífica e, em algumas situações, não se fez sem a deliberação de conchaves de lideranças religiosas e sacerdotais.

Assim, por exemplo, o conceito de morte cerebral só foi aceito pelos clérigos muçulmanos após uma série de conferências, realizadas entre 1985 e 86, no Kuwait e na Jordânia; só recentemente a Igreja das Testemunhas de Jeová aceitou a realização de transplantes de órgãos e apenas se esses órgãos fossem provenientes de um membro da religião e se não houvesse transfusão de sangue; os judeus ortodoxos relutam ainda hoje em aceitar os transplantes e, em Israel, o rabinato ortodoxo exerce forte pressão para que eles só se realizem entre doadores e receptores judeus.

Entre cristão, judeus, muçulmanos e hinduístas o debate sobre morte encefálica e transplante de órgãos ainda não está encerrado em razão do significado que a morte e o cadáver têm naquelas religiões e culturas. Os budistas, no entanto – que consideram a vida uma ilusão e a morte uma mera passagem, ao mesmo tempo em que não associam tanta significação ao cadáver – não veem contradição entre seus preceitos religiosos e os transplantes.

Na opinião da Dra. Ribeiro de Faria, em tese apresentada sobre aspectos jurídico-penais dos transplantes em Portugal, “mesmo pretendendo deixar para trás no tempo a lenda e o milagre, e assumir racionalmente as hipóteses abertas pela moderna cirurgia dos transplantes, não é simplesmente por essa vontade e pelo fato de nos encontrarmos em pleno século XX que esse significado mágico deixa de existir nas representações do homem comum”.(2) Tratam-se, aqui, de construções culturais profundamente arraigadas na vida das pessoas, algumas com significados religiosos.

Não foi por outra razão que os legisladores relutaram, por muitos anos, em encarar o problema e, quando isso aconteceu, não foi sem movimentados debates parlamentares e públicos. A dificuldade em legislar sobre essa matéria ficou demonstrada pela diversidade de regimes e soluções adotadas pelos vários países.

Na Europa – e a Alemanha vive, ainda hoje, essa questão – muitas vezes se ergueram contra a inércia legislativa que resultava na inexistência de disposições específicas nessa matéria, uma vez que os preceitos constitucionais, a legislação ordinária e os códigos penais existentes se mos-

travam insuficientes para assegurar uma adequada proteção aos direitos em causa e, inclusive, muitas vezes supunham uma regulamentação específica sobre transplantes.

Os países subdesenvolvidos vivem uma situação similar, ainda que, na maioria dos casos, existam leis especiais sobre a matéria, pois essas leis têm, em geral, caráter penal e buscam, principalmente, reprimir o tráfico e o comércio de órgãos, mas regulamentam incipientemente questões como definição de morte, consentimento, formas legalmente válidas de manifestação da vontade e registros de doadores. Em decorrência, o transplante de órgãos se faz sem um referencial legal claro.

Em relação a esses conflitos e dificuldades – que a legislação especial sobre a matéria tem buscado dirimir – muito bem expressou-se o professor espanhol Angoitia Gorostiaga: “com efeito, as extraordinárias utilidades que cabe derivar do cadáver humano levaram a considerar que, no conflito entre o respeito a sentimentos caracterizados fundamentalmente pelo atavismo e irracionalidade e a obtenção e aproveitamento de bens de natureza escassa e preciosa, deveria impor-se uma racionalidade que aconselha o sacrifício daqueles sentimentos em proveito de logros extraordinariamente benéficos para os vivos”(4).

Entre os tópicos cuja regulamentação legal e implementação resultou polêmica estão o conceito de morte encefálica, as formas legalmente válidas de manifestar e fazer valer a vontade de doadores e não-doadores, o significado e os direitos de doadores e familiares em relação à doação, a remuneração do doador e o comércio de órgãos, os valores culturais e religiosos relativos à integridade e à pureza do cadáver refletidos na legislação penal, entre outros.

O escopo deste estudo é apresentar e discutir alguns desses tópicos. Seu objetivo é mostrar como os diferentes países regulamentaram legalmente o direito de doação, a forma de doar e de manifestar consentimento à doação e o direito dos parentes relativos à disposição do cadáver e restringe-se, apenas, à doação e ao transplante *post mortem* (de tecidos, órgãos e partes do corpo) e não à doação *intervivos*.

O direito de doar

É universal o reconhecimento do direito do indivíduo a determinar o destino de seu cadáver, contra a vontade de qualquer outra pessoa. Este é não apenas um valor jurídico, mas cultural: em todas as culturas, é inerente ao respeito e ao culto aos mortos o cumprimento inquestionável de suas últimas determinações, entre as quais a disposição de seu espólio.

Assim, tanto na doutrina como na jurisprudência dos vários países estudados, é reconhecido sempre o direito e a prevalência da vontade do finado em relação à disposição de seus restos mortais. Em decorrência, todos os países que possuem legislação especial sobre doação e transplante de órgãos reconhecem o direito de seus cidadãos maiores e capazes de doarem ou não – conforme sua vontade e convicções – órgãos, tecidos e partes de seu corpo, após sua morte.

Em alguns países, no entanto, minorias raciais e religiosas têm sido, expressa ou operacionalmente, excluídas do alcance da lei para ter seu direito reconhecido de serem considerados não-doadores, em respeito a convicções religiosas ou valores culturais.

Dessa forma, em Singapura (quando foi adotado o princípio do consentimento presumido) os muçulmanos foram explicitamente excluídos do alcance da lei. Na Bélgica, ao contrário, a lei não excluiu explicitamente os judeus ortodoxos – que se registraram em massa como não-doadores após a passagem da lei de transplantes que instituiu o princípio da doação presumida –, mas tiveram sua condição reconhecida e respeitada. Como membros da Comunidade Britânica, os maoris da Nova Zelândia e os aborígenes australianos – cuja cultura não permite que doem órgãos após a morte – têm recebido doações de órgãos, mas sua condição de não-doadores tem sido respeitada, o que cria ressentimento por parte de outros grupos populacionais (1). As leis da Dinamarca e da Suécia impedem explicitamente que tais intervenções sejam feitas se forem consideradas incompatíveis com as concepções do morto ou de sua família ou se forem conhecidas outras circunstâncias especiais que a elas se oponham.

A regra geral, adotada pelos países que dispõem de lei especial sobre transplantes, é a de que podem definir-se autonomamente como doadores ou não-doadores de tecidos, órgãos e partes do corpo todos os cidadãos maiores de idade que estejam em uso de suas faculdades mentais. Pressupõe a capacidade de querer e entender o sentido e o alcance de seu comportamento, por parte da pessoa que consente ou não em ser doador.

Os menores e os incapazes estão sempre excluídos. Nesses casos, a doação só é possível com a autorização dos pais ou de representante legal. As leis francesa e luxemburguesa e o Conselho da Europa, no entanto, limitam esse direito apenas às pessoas que, em vida do menor ou incapaz, foram titulares desse poder.

A idade para que a pessoa possa, legalmente, ter sua vontade respeitada quanto a ser ou não doador de órgãos após a morte varia de 16 anos (Canadá) a 21 anos (Honduras), situando-se, na grande maioria dos casos, nos 18 anos.

A doutrina que justifica que menores de idade e incapazes devam ser salvaguardados da possibilidade de autorizar um atentado contra si decorre do entendimento de que essas pessoas, por diversas razões, não dispõem de suficiente discernimento e autonomia para ostentar plena capacidade de agir, governar e decidir por si mesmos todos e cada um de seus atos. A fixação dessa idade está, com frequência, associada à idade em que a lei confere capacidade testamentária, direitos políticos ou responsabilidade penal.

Alguns países impedem que os privados de liberdade possam ser doadores de órgãos. É o caso da Colômbia e da Guatemala. A China, ao contrário, tem – segundo denúncia da imprensa internacional – permitido a remoção de órgãos de prisioneiros condenados a morte para fins de transplante.

Países como Portugal e Bélgica estendem o alcance da lei aos estrangeiros residentes no país.

A lei brasileira proíbe expressamente que cadáveres não identificados possam ter seus órgãos aproveitados. A grande maioria das leis nacionais não trata desse tópico. A lei guatemalteca, no

entanto, é explícita quanto a que “cadáveres abandonados” possam ter seus órgãos utilizados para fins de transplante.

Uma questão de princípios

Prevalece na doutrina e nas legislações estudadas que a doação de órgãos é um ato de livre vontade do doador. Escapam dessa regra os menores, os incapazes e os inconscientes, em cujos casos suas vontades são substituídas pela vontade de quem os representa.

A forma legalmente válida de manifestação dessa vontade é que varia entre, basicamente, duas soluções: a de que é necessária sempre uma manifestação expressa da vontade de doar ou de não doar (consentimento afirmativo) e a de que só é necessária a manifestação da oposição à doação, presumindo-se o consentimento na abstenção em manifestar-se (consentimento presumido).

O princípio do consentimento afirmativo é mais frequente entre os países de língua inglesa (Grã-Bretanha, Canadá, Estados Unidos, África do Sul) e latino-americanos (Bolívia, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, Paraguai e Venezuela). Itália e os países escandinavos devem ser incluídos nesse grupo, apesar de terem adotado uma solução um pouco diferente.

A adoção do princípio do consentimento afirmativo implica, assim, a exigência de uma evidência da vontade do falecido em ser doador, manifesta e feita registrar em vida, para que seja autorizada a retirada *post mortem* de órgãos ou tecidos.

Nenhuma pessoa – nem mesmo familiares – pode revogar a decisão do falecido, desde que cumpridas as formalidades que definem a forma legalmente válida de manifestação da vontade.

Essa concepção é expressa na maioria das leis especiais de transplantes ou prevalece na jurisprudência. O caso do Canadá é extremo: a lei dispõe que, em havendo consentimento expresso do falecido em ser doador, feito em vida e na forma da lei, a retirada dos órgãos é obrigatória.

Em não existindo a manifestação expressa e registrada na forma definida em lei, a retirada de órgãos e tecidos é, ainda assim, permitida na maioria das leis estudadas, desde que autorizada por alguns parentes ou representantes legais. Essa forma é conhecida como “consentimento ampliado”.

A maioria dos países que adotou o princípio do consentimento afirmativo igualmente adotou a fórmula do consentimento ampliado pois, se contassem apenas com as manifestações positivas dos potenciais doadores, dificilmente as necessidades mínimas de oferta de órgãos seriam cobertas.

As leis inglesa e canadense reconhecem a figura da pessoa “em posse legal do corpo”, possuidora do direito de dispor do cadáver e autorizar a doação “sempre e quando não tenha razão para crer que o morto tenha objetado a doação ou que o cônjuge sobrevivente ou familiar possa se opor a tal”. Na ausência do cônjuge sobrevivente ou de familiar, a “pessoa em posse legal do corpo” pode ser, inclusive, o administrador do hospital.

Nos Estados Unidos, a intervenção dos parentes está subordinada à inexistência de “qualquer manifestação de vontade”, favorável ou não à doação, da pessoa falecida.

Na África do Sul, a solução é mais parecida com a adotada nos países da América Latina, onde, subsidiariamente, a lei define legitimidade a um parente para decidir sobre a doação ou não, no caso de ausência de manifestação de vontade feita em vida.

Nos países latino-americanos, a solução adotada é a do instituto dos “parentes legalmente autorizados” ou da “autorização outorgada”, o que quer dizer que, na ausência de manifestação de vontade do morto, alguns parentes – pouco variáveis de país a país – podem autorizar ou não a doação.

Em Cuba, na ausência de manifestação da vontade do falecido, vale a vontade de “quem o represente”, isto é, os pais ou representantes legais ou “qualquer familiar”, na ausência daqueles. Nos demais países da região, a lei estabelece que o cônjuge sobrevivente, os filhos, os pais e os irmãos decidem. Em Honduras essa outorga chega até aos avós e netos. Nem sempre uma ordem de precedência é definida bem como os princípios com os quais de esclarecerão e decidirão os impasses entre consentimento e negação entre parentes legalmente autorizados.

Itália, Dinamarca e Suécia optaram por – na ausência de declaração de vontade da pessoa falecida – considerar legítima a extração do órgão ou tecido se os familiares não manifestarem oposição. Essa solução é, às vezes, denominada “princípio ou solução da informação” ou “da indagação”.

A diferença, aqui, é que não há outorga de direito a familiares para manifestar-se em lugar do falecido nem se solicita autorização dos familiares para a remoção de órgãos, mas sim que eles são informados da situação, sendo definindo um tempo hábil para que se manifestem contra a remoção.

A adoção dessa solução parte do pressuposto de que será mais fácil aos familiares – considerada a difícil situação psicológica em que se encontram – não se manifestarem e, assim, não se oporem, do que terem de decidir e, expressa e formalmente, se manifestarem a favor ou contra a retirada.

A adoção do princípio do consentimento presumido – que se caracteriza pela presunção do consentimento na ausência de manifestação expressa de oposição à doação – é a forma de mais ampla aceitação na legislação dos países europeus (Espanha, Bélgica, Portugal, França, Grécia, Turquia, Áustria), é a recomendada pelo Conselho da Europa, pelo Parlamento Europeu e pela Organização Mundial da Saúde e é apoiada maioritariamente pela comunidade médica. Também tem sido a solução mais adotada entre as revisões da legislação de transplantes que ocorreram recentemente em alguns países da América Latina (Argentina, Brasil, Colômbia), como forma de superar a demanda crescente por órgãos.

Na Europa, a carência de doadores decorreu, principalmente, do controle dos acidentes de tráfico e rodoviários. Na América Latina, da associação de um conjunto de fatores que inclui: a ausência de uma cultura favorável à doação; a inexistência de ações educativas e de comunicação social de estímulo à doação(5); condições sociais e epidemiológicas que concorrem para o aumento da demanda por órgãos; o alto custo de implantação e manutenção dos serviços necessários (6); a implementação de políticas públicas que, na prática, não incentivaram a atividade transplantadora(6) e a própria legislação.

Segundo essa solução, toda pessoa maior e juridicamente capaz que, por razões pessoais, convicções religiosas ou valores culturais, não quiser doar seus órgãos após sua morte deve registrar essa sua vontade; as que querem doar, não precisam fazer nada. Na ausência de manifestação de oposição, presumir-se-á autorizada a remoção de órgãos, depois da morte.

Ela pressupõe uma cultura em que há reconhecimento de que a doação é um dever de solidariedade social, pelo que deve ser encarada como correspondente à vontade da maioria da população(2). Necessita, ainda, o amplo conhecimento dessas normas por parte da população.

As fórmulas encontradas são similares a da nossa lei. A lei colombiana, por exemplo, dispõe que “para os efeitos da presente lei existe presunção legal de doação quando uma pessoa, durante sua vida, tenha se absterido de exercer o direito que tem a opor-se a que, de seu corpo, se extraiam órgãos ou componentes anatômicos depois de seu falecimento”.

A lei belga diz que “os órgãos e tecidos destinados a transplante ... podem ser extraídos dos corpos de toda pessoa inscrita no registro da população ou, há mais de seis meses, no registro de estrangeiros, exceto que se tenha estabelecido uma posição contra a ablação”.

A lei portuguesa reza que “são considerados doadores todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto ao Ministério da Saúde a sua indisponibilidade para a dádiva”.

A fórmula adotada pela lei espanhola é a de que “a extração e órgãos ou outras peças anatómicas de pessoas falecidas poderá realizar-se, com fins terapêuticos ou científicos, no caso de que estes não tenham deixado registro expresso de sua oposição”.

Também nos casos em que se adotou o princípio do consentimento presumido, algumas leis preveem mecanismos adicionais para certificar que a doação era realmente a vontade do morto, na ausência de registros legalmente válidos de oposição. Assim, em alguns países, são aceitos procedimentos adicionais para confirmá-la, inclusive prevendo a busca de testemunhos dessa vontade.

Nesse caso não se trata de atribuir um direito subsidiário de decisão aos familiares, isto é, de reconhecer poder de decidir em lugar do falecido, uma vez que os familiares devem obediência a decisão do morto.

A jurisprudência sobre essa matéria nos países europeus que adotaram o princípio da doação presumida é nesse sentido, isto é, de negar qualquer direito subsidiário de decisão à família, não lhe reconhecendo quaisquer poderes de disposição sobre o cadáver pois que não se trata de bem suscetível de apropriação ou direito de sucessão. No tocante ao aproveitamento de órgãos, o cumprimento da vontade do morto não cede nem está condicionada pela autorização da família.(2)

Nos países latino-americanos, no entanto, o entendimento não tem sido esse, mas o de que, em nossa cultura, o forte sentimento de piedade devido aos mortos e o reconhecimento à família de um direito de disposição sobre o corpo do parente morto permitem prevalecer a vontade da família sobre a vontade da pessoa falecida. Nesse sentido, confere-se a determinados parentes o direito de permitir ou proibir a retirada de órgãos para transplante, nas situações de silêncio do potencial doador.

Nesse caso – que é o previsto nas leis colombiana e argentina e na alteração procedida na nossa lei por medida provisória em apreciação pelo Congresso Nacional – na ausência de manifestação expressa de vontade do falecido, abandona-se a presunção de consentimento e busca-se, junto a familiares, não o testemunho de qual teria sido a vontade do parente morto, mas sua autorização para a retirada dos órgãos. Essa fórmula é, às vezes, denominada de “doação presumida fraca”.

Na lei argentina fala-se de uma “autorização outorgada” a certos membros da família, desde que estejam presentes no local da morte e em pleno uso de faculdades mentais.

A lei colombiana prevê uma ordem de parentes “legitimados” a autorizar a remoção de órgãos de “doadores por presunção legal”.

Para isso, a lei estabelece uma hierarquia ou ordem de precedência dos parentes que podem autorizar ou não a remoção. O cônjuge, desde que não divorciado ou separado e – no caso argentino, mas não nos demais – a pessoa em “relação conjugal” tem precedência sobre todos os demais parentes. A ordem segue com os filhos maiores de idade, os pais, os irmãos maiores e outros.

Pela lei colombiana, a lista segue autorizando até os parentes afins de segundo grau. A lei argentina vai mais longe: autoriza netos, avós, quaisquer outros parentes consanguíneos até quarto grau e quaisquer outros parentes afins até segundo grau, chegando, por fim a, na ausência de qualquer um dos citados, transferir o poder de decidir a um juiz, por solicitação do serviço de saúde.

Como pode ser deduzido, essas leis trazem um conjunto de dispositivos que estabelecem os princípios e as fórmulas que permitem decidir quem, frente a mais de um parente no mesmo nível hierárquico, tem precedência para decidir.

De qualquer forma, essa outorga de direito de decidir a familiares só ocorre na ausência de manifestação expressa de vontade, feita em vida. Ela não procede na existência de manifestação expressa de vontade do falecido, pois que, além de não encontrar qualquer fundamento na ordem jurídica desses países – como na do nosso –, essa solução iria permitir prevalecer a vontade e as determinações de terceiros sobre a vontade da pessoa falecida. Daí a denominação de “doação presumida fraca”, isto é, presume-se o consentimento, mas ele é submetido à determinação da família do morto sempre que ele não deixar expressamente manifestada sua vontade.

Se o consentimento ampliado é uma forma de aumentar a eficácia da lei no sentido de promover uma maior disponibilidade de órgãos, a doação presumida fraca é – ao contrário – uma forma de reduzir a eficácia da lei, em nome de valores culturais – ainda que não reconhecidos pela legislação nem pela jurisprudência – que reconhecem à família direitos subsidiários quanto à disposição do cadáver.

As formas legalmente válidas de manifestação e registro da vontade

Independentemente do princípio ou solução adotada, toma relevância as formas que são definidas como legalmente válidas para o registro da vontade do cidadão.

A forma mais frequentemente utilizada – por suas características de acesso, universalidade e simplicidade de procedimento – é a de fazer registrar a condição (de doador ou não-doador, nos casos em que a solução adotada é a do consentimento afirmativo; de não-doador ou de oposição à doação, no caso de consentimento presumido) nos documentos de identidade (carteira de identidade, passaporte) ou de habilitação para conduzir veículos.

A tradição de não possuir e não portar sistematicamente documentos de identidade, por parte dos europeus, e do grande número de pessoas não identificadas civilmente, nos países subdesenvolvidos, bem como a possibilidade de o titular do documento não o portar quando este for necessário, são limitações que os críticos dessa solução lhe atribuem. Ao contrário, o registro na carteira de motorista é bastante defendido como a solução mais razoável, já que a maioria dos órgãos disponibilizados para transplantes provém de condutores de veículos jovens que morrem em acidentes de trânsito e o porte desse documento é universalmente necessário para poder dirigir qualquer veículo.

Em Portugal essa solução foi abandonada em razão do “esforço burocrático” que representaria a emissão de novos documentos de identidade.

Outra forma utilizada é a da instituição de um cartão de doador para acompanhar os documentos de identidade e motorista, solução essa que acresce, a todas as desvantagens do registro em documentos de identidade, a indisponibilidade ou falta de acesso ao cartão por parte dos interessados. Ademais, tem sido questionada a validade legal de tais instrumentos, para dar a devida segurança a equipes e serviços de saúde em decisões tão críticas.

Portugal, Espanha, França e Bélgica optaram por um sistema informatizado – um registro nacional de não-doadores, já que adotam o princípio da doação presumida – centralizado no Ministério da Saúde, nos três primeiros casos, e no Registro da População, no caso da Bélgica. Os cidadãos que não querem doar seus órgãos após a morte devem ativamente promover sua inscrição naqueles registros. Esses dados são protegidos por sigilo profissional. A pequena dimensão territorial desses países e o grau elevado de centralização e desenvolvimento de seus sistemas de saúde e de comunicação parecem ter sido fatores importantes para a adoção dessa solução.

Ainda assim, em Portugal, a lei prevê que “os médicos não podem proceder à colheita quando, “por qualquer forma”, lhes seja dado conhecimento da oposição do falecido” e a França prevê um registro hospitalar destinado a comprovar a recusa em fornecer órgãos para transplante *post mortem*.

Inglaterra e países escandinavos têm como válidos legalmente os testemunhos de pessoas, ainda que, eventualmente, esses se transformem em documentos assinados que passam a fazer parte de prontuários.

Ao contrário, em outros países, como a Colômbia, a Venezuela, os Estados Unidos e a África do Sul, exige-se o consentimento escrito. Na Colômbia, a forma legalmente válida é um “instrumento notarial” ou um documento escrito, autenticado legalmente ou subscrito por duas testemunhas “hábeis”.

A lei canadense exige também um documento escrito, no entanto aceita também como legal o consentimento oral, na frente de duas testemunhas, feito durante a última doença.

O princípio a ser considerado em relação à essa questão é o de que quanto maiores forem as exigências formais, menor será a disponibilidade de órgãos para transplantes.

O direito dos parentes relativos à disposição do cadáver

Dois tópicos são objeto de soluções alternativas discordantes, seja nos textos legais, seja na jurisprudência: a interpretação do silêncio como manifestação legalmente válida de vontade e os direitos reconhecido aos familiares na ausência de manifestação expressa de vontade do morto.

O silêncio em vida do cidadão falecido é entendido, nas leis que adotam o princípio do consentimento presumido, como indício legalmente válido de que ele concordava em ser doador *post mortem* de órgãos. Se outra fosse a sua opinião – por incompatível com seus sentimentos e convicções – teria tomado uma posição ativa, fazendo registrar sua oposição a ter seus órgãos extirpados.

O debate desse tema tomou relevância em Portugal e foi levado às instâncias superiores do Poder Judiciário, do que resultou parecer do Tribunal Constitucional segundo o qual a legislação cria o que foi denominado “um ônus de zelo” por parte do potencial doador, “colocando-o na posição de ter de tomar, em vida, as providências necessárias para que a sua posição se torne conhecida antes do momento de sua morte”.(2)

A vantagem da adoção da doação presumida para aumentar o número de órgãos disponíveis é exatamente essa: a vontade do cidadão é respeitada, ao mesmo tempo em que a passividade, a indecisão ou a impossibilidade de alcançar os parentes não detém o transplante, no caso em que o falecido não providenciou o registro oposição à doação. Do ponto de vista do doador, não favorece a omissão: os omissos são, automaticamente, doadores.

No entanto, críticas fervorosas têm sido arregimentadas contra essa posição, consistindo, basicamente, na não aceitação do silêncio como manifestação tácita de consentimento. Esse debate não se limita aos países cuja legislação adota o princípio da doação presumida; nos países em que se adota a solução do consentimento afirmativo, são frequentes os casos de pessoas que morrem sem terem registrado sua posição a favor ou contra a doação.

Os argumentos naquele sentido são de que o silêncio pode representar, mais do que concordância, indiferença em relação ao assunto, ou ausência de decisão, ou relutância em tornar pública essa posição. Alguns veem, ainda, falta de legitimidade em impor a uma pessoa a manifestação de sua vontade. Direitos todos esses reconhecidos como legítimos, para além do dever de solidariedade e das necessidades sociais de órgãos para transplante.

Em vários países, como no nosso meio, acresce-se a isso a crítica de que a solução do consentimento presumido se favorece da situação de ampla desinformação de nossas populações mais pobres e do desconhecimento da lei.

De qualquer forma, defensores e opositores do “quem cala consente” concordam em que sua adoção e implementação só devem se fazer acompanhadas de duas medidas complementares essenciais: um esforço permanente de divulgação e informação da população sobre os avanços da medicina, a necessidade de órgãos e as disposições legais – isto é, um apelo à solidariedade social – e a facilitação ao máximo do processo de registro da oposição, de tal forma que se colo-

quem a disposição do cidadão meios de tornar efetivamente conhecida sua vontade. A previsão, em lei, da possibilidade de reformar a decisão, a qualquer tempo, é defendida pela mesma razão. Só assim teria legitimidade o entendimento de que o silêncio se traduz por consentimento à doação.

A outra questão que deriva dessa é a conciliação da implementação do princípio de doação presumida com exigências de audiência ou consentimento familiar na ausência de manifestação expressa de vontade do morto, feita em vida.

Fundamentalmente colidem com o caráter peremptório da disposição legal dois tipos de opinião. A primeira é de que é válida a averiguação da vontade dos indivíduos para além do que dispõe a lei, isto é, para além da pura e simples presunção de consentimento em decorrência do silêncio, e de que, nesse caso, a família e os amigos são testemunhos válidos. A segunda é de que, na ausência de manifestação da vontade do morto, ela pode ser substituída pela vontade de seus familiares.

Um terceiro argumento – mais radical – é o de um pretendido direito subjetivo dos familiares sobre o destino do cadáver, independente da vontade do morto.

Essas não são questões que afetam apenas à atividade transplantadora dos países cuja legislação adota o princípio do consentimento presumido. Nos que optaram pela solução do consentimento afirmativo também são frequentes as mortes de pessoas que, em vida, não deixaram testemunhos escritos ou registrados de sua vontade em relação à doação de órgãos após sua morte. Nesses casos o mesmo dilema se impõe, e as posições anteriormente citadas se opõem, nesse último caso, a pura e simples perda dos órgãos pela impossibilidade de extração, desconhecida que é a vontade do morto.

Tanto na doutrina como na jurisprudência dos países cujo Direito é mais aproximado do nosso prevalece, geralmente, a vontade do *de cuius* sobre a de outras pessoas – inclusive sobre a de seus parentes – em relação à disposição de seus restos mortais. É mesmo, mais que um direito, um valor de nossa cultura.⁽⁴⁾

É assim no Direito português, no espanhol e no francês. Como vimos, nesses países, na ausência de manifestação da vontade do morto, feita em vida, presume-se autorizada a doação, que não está – de nenhuma forma – condicionada, quer à averiguação de veracidade daquela posição quer à autorização da família. É negado à família e a qualquer outra pessoa qualquer direito subsidiário de decisão, que é entendido como possível de contrariar o dever de obediência à vontade do falecido e como uma limitação aos interesses coletivos e do Estado, em relação à saúde dos receptores dos órgãos.

Essa não era, no entanto, a disposição da antiga lei espanhola de 1951, revogada pela atual que instituiu o princípio do consentimento presumido. Anteriormente, a extração de órgãos de cadáver só era permitida se os parentes não se opusessem, mesmo frente ao consentimento expresso da pessoa falecida. Essa fórmula legal reconhecia, assim, prevalência à vontade dos familiares sobre a do falecido.

Entendimento desse jaez é predominante na legislação de língua inglesa e na dos países latino-americanos criando uma coexistência da norma genérica, de fazer prevalecer a vontade do *de cuius* sobre a de quaisquer outras pessoas, com a norma específica, relativa a essa matéria, que

reconhece um direito próprio aos parentes, suscetível de abranger poderes de disposição relativamente ao cadáver, frente ao silêncio do potencial doador relativo a sua vontade de doar ou de opor-se a doar seus órgãos depois de morto.

As leis italiana, dinamarquesa e sueca – que adotam uma solução as vezes denominada “da indagação” – conferem aos familiares não o direito de manifestar-se em lugar do falecido ou de autorizar ou não a remoção de órgãos, mas o de ser-lhes permitido apenas oporem-se à remoção, se tal intervenção for considerada incompatível com as concepções do morto e sua família.

Nessa fórmula, o papel dos familiares é entendido como o de testemunhos válidos da vontade da pessoa falecida, mas não como podendo substituir essa vontade pelas suas. Em outros países (Portugal, Espanha), no entanto, a validade do testemunho de familiares sobre a vontade e disposições do morto tem sido questionada como uma forma absolutamente incontrolável, por permitir que parentes substituam a vontade do morto pela sua.

A decisão a tomar

Os parlamentares brasileiros têm em mãos uma decisão difícil a tomar, determinada pela necessidade de apreciação, pelo Congresso Nacional, da Medida Provisória nº 1.718/98, que, na prática, substitui o princípio do consentimento presumido pelo reconhecimento do direito subsidiário de determinados familiares a determinar sobre a remoção ou não de órgãos e tecidos, na ausência de manifestação de vontade do falecido.

A decisão é, basicamente, entre três alternativas: 1ª) manter o princípio de consentimento presumido, na forma que a lei em vigor lhe dá, rejeitando a medida provisória; 2ª) “enfraquecer” o princípio, permitindo aos parentes que se oponham à retirada dos órgãos na ausência – e apenas na ausência – de manifestação expressa da vontade do morto, feita em vida; ou 3ª) passar a adotar o princípio do consentimento afirmativo.

É sempre bom lembrar que estamos tratando aqui da doação de órgãos de cadáveres de pessoas maiores de idade, que decidiram quanto a isso em pleno gozo de suas faculdades mentais e de seus direitos. No caso de menores e pessoas juridicamente incapazes, permanece vigendo a solução dada pela lei, isto é, a retirada *post mortem* de tecidos e órgãos para transplante e terapêutica só poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou responsáveis legais.

Manter o princípio da doação presumida “forte” significa que – definitivamente – assume-se que: 1º) a ausência de manifestação expressa de oposição à doação é forma legal e culturalmente válida de consentimento, não estando – de nenhuma forma – condicionada, quer à averiguação de veracidade quer à autorização da família; 2º) não é reconhecido, à família ou a qualquer outra pessoa, qualquer direito subsidiário de decisão em relação à retirada ou não de órgãos do cadáver; 3º) a retirada de órgãos de cadáver sem consulta à família, resguardadas as disposições legais, constitui procedimento ético, nos moldes do que dispõe o artigo 43 do Código de Ética Médica que veda ao médico, como conduta antiética, “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos”.

Adotar o princípio da doação presumida “fraca”, nos termos propostos pela medida provisória, por outro lado, significa que: 1º) a ausência de manifestação expressa de oposição à doação não é considerada uma forma legal e culturalmente válida de consentimento, devendo a remoção dos órgãos estar condicionada ou à averiguação de veracidade do consentimento ou à autorização da família; 2º) será necessário decidir, assim, se a consulta à família será no sentido de buscar testemunho da vontade do falecido; de obter seu consentimento para a retirada – reconhecendo, assim, à família, um direito subsidiário de decisão em relação à doação; ou de apenas informá-la sobre seu direito de oposição; 3º) é necessário emendar o texto da medida provisória para estabelecer uma hierarquia de precedência entre os parentes citados como autorizados a intervir e para estabelecer princípios ou formas práticas para solucionar conflitos de posições entre familiares dispostos no mesmo nível hierárquico de precedência.

Adotar o princípio do consentimento afirmativo levará a novas decisões subsidiárias: pela solução do consentimento afirmativo “puro” ou pela adoção de uma forma “ampliada”.

A solução do consentimento afirmativo “puro” implica em o silêncio do potencial doador, decorrente da falta de manifestação expressa de sua vontade, ser entendido como não-consentimento, e os seus órgãos serão, assim, perdidos, já que não se reconhece, também aqui, direito de terceiros a decidir em substituição à vontade do falecido.

No consentimento afirmativo “ampliado”, as questões referentes ao papel da família e à necessidade de regras de precedência entre familiares, presentes na adoção do princípio do consentimento presumido “fraco”, são também colocadas.

Brasília, 4 de novembro de 1998

Referências:

1. Daar, AS; Marshall, P. Culture and psychology in organ transplantation. World Health Forum, v. 19, p. 124-32, 1988. / Ohnuki-Tierney, E. Brain death and organ transplantation: cultural basis of medical technology. Current Anthropology, v. 35, n. 3, p. 233-42, 1994.
2. Ribeiro de Faria, MPB. Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 1995. p. 23.
3. Gabr, M. Organ transplantation in developing countries. World Health Forum, v. 19, p. 120-3, 1998.
4. Gorostiaga, VA. Extracción y trasplante de órganos y tejidos humanos. Problemática jurídica. Madrid: Marcial Pons, 1996, p.115
5. Sagarana, F.A. Los trasplantes de órganos en el Derecho. Buenos Aires: Ediciones Depalma, p. 15, 1996.
6. Coelho, V.S.P. Interesses e instituições na política de saúde. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 13, n. 37, p. 115-28, jun. 1998.

A judicialização da assistência farmacêutica: dois artigos breves

Matéria publicada na Revista *Debater* (Brasília), 4 de abril de 2007.

A judicialização de políticas de saúde – fenômeno no qual é o Poder Judiciário que estabelece diretrizes, prioridades e ações a serem implementadas, em substituição à insuficiência normativa ou à ineficiência do Poder Executivo – tem sido cada vez mais frequente nos últimos anos.

Segundo informação da área de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, o crescimento do número de ações judiciais impetradas contra gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) das três esferas de governo é exponencial desde 2003. Se nada for feito a curto prazo e se essa tendência se mantiver, é esperado que ocorram cerca de 250 mil ações judiciais contra os diferentes gestores do SUS, neste ano.

Esse excesso de ações judiciais evidencia a ocorrência de dois fatos concorrentes: a insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto pelo SUS como pelos planos de saúde e a atuação inescrupulosa de pessoas, representantes nacionais de multinacionais farmacêuticas e advogados que se consorciam para delinquir, criar mercados para seus produtos ou simplesmente apropriar-se de recursos públicos.

A insuficiência da assistência farmacêutica no âmbito do SUS e dos planos de saúde não é de agora. Em verdade, ainda persiste – entre gestores e legisladores – uma concepção de que ela não faz parte da integralidade da atenção à saúde, diretriz segundo a qual, diz a Constituição, as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados. Tanto isso é verdade que, segundo informações da área de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, 80% dos medicamentos dispensados no País o são por uma farmácia comercial e sob a forma de pagamento direto pelo paciente-consumidor. Da mesma forma, os planos de saúde estão isentos, por lei, de dar cobertura a medicamentos utilizados por seus beneficiários em tratamentos domiciliares e ambulatoriais.

O principal componente do problema, no entanto, é o fato de que uma significativa proporção das secretarias estaduais e municipais de saúde não cumpre o mínimo de investimentos obrigatórios em saúde determinados pela Constituição, não investem em assistência farmacêutica e não cumprem as responsabilidades assumidas nas instâncias de pactuação.

Não são raras as secretarias que não contratam farmacêuticos – inclusive porque seus planos de cargos não preveem tais cargos –, entregando a gestão de seus programas de assistência farmacêutica a pessoas despreparadas e a gestão dos medicamentos que adquirem ou recebem do Ministério da Saúde a almoxarifades. Da mesma forma não é incomum a insuficiência ou inadequação de farmácias, depósitos, meios de transporte e controle de estoques de medicamentos, nas redes estaduais e municipais, disso resultando grandes perdas e carências recorrentes.

A falta de cumprimento dos acordos pactuados entre União, estados e municípios é evidenciada pelos números da Controladoria Geral da União: entre janeiro e junho de 2004, por exemplo, em apenas cinco estados auditados (AM, MG, MS, SC e RN), foi encontrada uma diferença de

13,3 milhões de reais entre o que eles receberam do governo federal para adquirir medicamentos de alto custo e o que foi efetivamente dispensado aos pacientes.

Sem acesso aos medicamentos de que necessitam, resta aos pacientes – os do SUS e os dos planos – a via judicial.

Agrava essa situação o fato de que, tanto quanto a assistência farmacêutica, é igualmente insatisfatória a atuação das advocacias e assistências jurídicas das secretarias estaduais e municipais de saúde: na grande maioria das causas, a liminar é concedida sem que os réus façam defesa, agravem, solicitem a produção de provas ou mesmo compareçam às audiências. Tampouco os representantes do Ministério Público – que tem interveniência necessária nesses casos – conseguem nem a informação nem o assessoramento de que necessitam para atuar. O resultado é, na maior parte das vezes, uma decisão pouco informada do juiz.

O segundo fato que essa judicialização excessiva evidencia é a utilização dessa situação de indigência do assessoramento jurídico dos gestores estaduais e municipais do SUS por representantes de indústrias farmacêuticas. Detentores de patentes para medicamentos de alto custo e para doenças raras, eles identificam e incentivam pacientes e famílias a se organizar e buscar, pela via judicial, o fornecimento, pelo SUS, dos medicamentos de que necessitam. Mesmo que o autor da ação seja beneficiário de um plano de saúde, raramente as operadoras são acionadas.

As secretarias de saúde, por sua vez, propugnam que seja barrado o número crescente de decisões judiciais que obrigam o fornecimento de medicamentos, principalmente para tratamentos de alto custo e que não fazem parte das relações nem dos protocolos clínico-terapêuticos adotados, uma vez que isso compromete volumes crescentes dos recursos orçamentários para assistência farmacêutica básica e para as doenças de alta prevalência, criando dificuldades para a execução das políticas do setor.

Eles têm razão: em que pese a importante elevação dos gastos do SUS com assistência farmacêutica ocorrida nos últimos anos, a judicialização, elevando grandemente os gastos com os chamados medicamentos excepcionais (de alto custo), vem consumindo a maior parte dos recursos alocados para a assistência farmacêutica como um todo e comprometendo o esforço que objetiva sua ampliação no âmbito do SUS.

Em verdade, nenhum sistema de saúde – público ou privado, nacional ou estrangeiro – oferece cobertura integral e universal, isto é, a todos os pacientes, todas as ações e serviços disponibilizados pela tecnologia médica conhecida. Eles não podem nem devem, sob risco de comprometer sua gestão e a sustentabilidade. No caso da assistência farmacêutica, várias formas são adotadas para estabelecer esses limites, entre as quais a limitação de cobertura a medicamentos constantes de relações de medicamentos aprovadas – como é o caso do Brasil, com duas delas: a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e a Relação de Medicamentos Excepcionais –, a medicamentos constantes dos protocolos clínico-terapêuticos adotados ou a medicamentos genéricos; ou a participação do paciente no custeio.

Este, por sinal, é o entendimento atual do Supremo Tribunal Federal (STF). Em duas recentes decisões, a Ministra Ellen Gracie, presidente daquele tribunal, entendeu que, com efeito, a gestão

da política nacional de saúde busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários, e que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas.

Nesse sentido, para o STF a responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde e, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça medicamentos a determinados indivíduos e grupos, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade.

Os pacientes e seus defensores, por seu lado, temem que essa jurisprudência ou a aprovação, no Congresso Nacional, de proposição legislativa desse mesmo teor dificultem mais ainda o acesso a medicamentos. Para muitos deles, esperar mais do que hoje já ocorre pelo tratamento pode custar a vida.

Matéria publicada no *Jornal do Senado (Brasília)*, em 4 de julho de 2007.

O crescimento do número de ações judiciais impetradas contra gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) é exponencial desde 2003. Se nada for feito em curto prazo, e se essa tendência se mantiver, é esperado que ocorram cerca de 250 mil novas ações, neste ano. O grande número de ações que pleiteiam a dispensação de medicamentos evidencia a ocorrência de dois fatos concorrentes: a insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto pelo SUS como pelos planos de saúde e a atuação inescrupulosa de pessoas, de representantes de multinacionais farmacêuticas e de advogados que se consorciam para forçar mercados para seus produtos ou simplesmente para se apropriarem de recursos públicos.

O principal componente do problema é o fato de que um número significativo de secretarias estaduais e municipais de saúde não cumpre o mínimo de investimentos obrigatórios em saúde determinados pela Constituição e não investem em assistência farmacêutica. Não são raras as secretarias que entregam a gestão de seus programas de assistência farmacêutica a pessoas despreparadas e os medicamentos na mão de almoxarifes. Da mesma forma, não é incomum a insuficiência ou inadequação de farmácias, depósitos, meios de transporte e controle de estoques de medicamentos nas redes estaduais e municipais, disso resultando grandes perdas e carências recorrentes. Sem acesso aos medicamentos de que necessitam, resta aos pacientes a via judicial.

Mas não é só a assistência farmacêutica que não funciona: é igualmente insatisfatória a atuação das assessorias jurídicas das secretarias de saúde. Em decorrência, na grande maioria das causas, a liminar é concedida sem que os réus apresentem defesa, agravem, solicitem a produção de provas ou mesmo compareçam às audiências. Tampouco os representantes do Ministério Público – cuja interveniência é necessária nesses casos – conseguem a informação ou o assessoramento de que necessitam para atuar. O resultado é, na maior parte das vezes, uma decisão pouco informada e solitária do juiz.

Aproveitando-se dessa situação de indignação do assessoramento jurídico dos gestores estaduais e municipais do SUS, representantes de indústrias farmacêuticas detentoras de patentes de medicamentos de alto custo e destinados ao tratamento de doenças raras identificam e incentivam pacientes e famílias a se organizar e buscar, pela via judicial, o fornecimento, pelo SUS, dos medicamentos de que necessitam. Mesmo que o autor da ação seja beneficiário de um plano de saúde, raramente as operadoras são acionadas.

Em que pese a importante elevação dos gastos do SUS com assistência farmacêutica ocorrida nos últimos anos, essa judicialização excessiva está comprometendo volumes crescentes dos recursos orçamentários destinados à assistência farmacêutica básica e das doenças de alta prevalência, criando dificuldades para a execução das políticas do setor.

Os pacientes e seus defensores, por seu lado, temem que a aprovação, no Congresso Nacional, de proposição legislativa que limite a judicialização da assistência farmacêutica prestada pelo SUS dificulte mais ainda o acesso a medicamentos. Para muitos deles, esperar mais do que hoje já esperam pelo tratamento pode custar a vida.

6.6 - Judicialização das políticas de assistência farmacêutica. o caso do Distrito Federal.¹²

Introdução

Política de assistência farmacêutica no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990

As políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica do País passaram por significativas mudanças na segunda metade da década de 1990.

Em 1996 foram aprovadas a Lei de Propriedade Industrial – por meio da qual o País passou a reconhecer a proteção de patentes de produtos e processos farmacêuticos – e a Lei Sarney da Aids – que determinou que os portadores do HIV e doentes de aids recebessem, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária a seu tratamento. No ano seguinte, a Central de Medicamentos (CEME) foi extinta e criado o Programa de Farmácia Básica, substituído, em 1998, pela instituição de uma Política Nacional de Medicamentos e a criação de uma secretaria, na estrutura do Ministério da Saúde, para gerenciar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Por fim, em 1999, foi instituída a política de incentivo ao medicamento genérico.

Para substituir a atuação da Ceme, o Ministério da Saúde criou, inicialmente, o Programa de Farmácia Básica, que se caracterizava pela aquisição centralizada e distribuição a estados e municípios do denominado *Kit* de Farmácia Básica, composto por cerca de quarenta medicamentos.

¹² Artigo do ano de 2007, submetido a publicação na Revista Pan-americana de Saúde Pública, editada pela Organização Pan-Americana da Saúde, e recusada sob a alegação de que a revista já estava publicando muitas matérias sobre esse assunto.

O programa foi reformulado, em 1998, com alteração de enfoque e de cobertura: passou a executar-se em um número maior de municípios – antes alcançava apenas municípios com até vinte mil habitantes – e sob uma diretriz de descentralização. Mas não durou.

Em 1998 foi elaborada e entrou em vigor a Política Nacional de Medicamentos, instituída como “instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde no campo da política de medicamentos do setor público”, estruturando a assistência farmacêutica no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS.

A nova política implementada pela administração do Ministério da Saúde com o apoio dos secretários de saúde fundamentava-se na descentralização da atividade, atribuindo ao Ministério funções de definir políticas e incentivar a pesquisa, enquanto a aquisição e distribuição de medicamentos passaram a ser responsabilidades dos gestores estaduais e municipais do SUS. O financiamento da ação passa a ser compartilhado entre os três níveis de gestão.

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS foi organizada em quatro segmentos: a Assistência Farmacêutica Básica; os Medicamentos Estratégicos; os Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional; e os Medicamentos de Saúde Mental.

A Assistência Farmacêutica Básica estava voltada para a atenção básica e foi implementada por meio do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que consistia na transferência de recursos federais a estados e municípios que aderissem a ele e se habilitassem junto ao Ministério, aportando contrapartidas financeiras e infraestrutura material e de recursos humanos, para a compra descentralizada de medicamentos específicos, relacionados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O elenco mínimo de medicamentos a serem obrigatoriamente disponibilizados pelo programa foi definido e pactuado entre o Ministério e as secretarias de saúde entre março de 1999 e agosto de 2000, com base em critérios epidemiológicos. Em dezembro de 1999, 98,5% dos municípios estavam habilitados e executando o Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Os medicamentos estratégicos (utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como tuberculose, aids, malária, diabetes etc. – estratégicos no contexto da Política Nacional de Saúde) mantiveram sua aquisição centralizada no Ministério da Saúde, sendo repassados aos estados e municípios, conforme suas necessidades.

Os medicamentos de dispensação em caráter excepcional (aqueles de alto custo, utilizados para o tratamento de doenças neurológicas, autoimunes, hepatites e outras, além dos usados pelos pacientes transplantados) e os medicamentos de saúde mental tinham uma linha específica de financiamento, por meio do repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os estados e municípios, que utilizavam esses recursos para adquirirem e distribuírem esses medicamentos de acordo com as necessidades da população. Também no caso desses dois tipos de medicamentos, era exigida contrapartida financeira dos estados e municípios. No ano de 2002, duas portarias atualizaram a relação de medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

Uma repercussão imediata da nova política foi a ampliação de recursos financeiros destinados à atividade. No nível federal, os gastos da União com assistência farmacêutica passaram de 230,7

milhões de reais, em 1996, para 925 milhões de reais, em 1999 – um crescimento de quatro vezes. O Ministério da Saúde investiu 2,3 bilhões de reais em assistência farmacêutica, entre 1996 e 1999.

Na composição dos gastos, evidencia-se que os com medicamentos estratégicos corresponderam a 66% do total em 1999, enquanto o gasto com assistência farmacêutica básica correspondeu a 13,4%. Só em medicamentos para a aids, o Ministério gastou, em 1999, 486,6 milhões de dólares, ou seja, o correspondente a 52,6% do total de gastos com assistência farmacêutica e a quatro vezes o que despendeu com assistência farmacêutica básica.

De 2000 em diante, manteve-se a ampliação dos gastos do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica, em que pese o forte constrangimento econômico por que passou o SUS. No entanto, os gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional dispararam, tanto percentual quanto nominalmente. Mantidos, no período de 1999 a 2004, entre 15 e 25% do total de gastos federais totais com medicamentos, alcançaram 35,3% em 2005. Uma ampliação de dimensão similar (38,8% de aumento) ocorreu com os gastos das secretarias estaduais de saúde com essa categoria de medicamentos. (CONASS, 2006)

Os últimos anos da década passada constituíram, assim, um divisor de águas na Política de Medicamentos e na área de assistência farmacêutica pública que, apesar da restrição orçamentária pela qual passou o setor saúde, tiveram ampliados substancialmente os recursos a disposição de seu financiamento, o que permitiu sua diversificação e aumento de cobertura – inclusive a universalização dos antiretrovirais – e avançou no processo de descentralização.

A judicialização da política de assistência farmacêutica

A nova política e a ampliação de seu financiamento não foram, no entanto, suficientes para a ampliação necessária do acesso ao medicamento, pelo menos no âmbito do SUS. Em decorrência, no início da década atual, observou-se o crescimento de um fenômeno que, se não era novo, ao menos não tinha a intensidade que tomou: a judicialização da política de assistência farmacêutica. Uma onda de decisões judiciais determinando a dispensação de medicamentos passou a desorganizar o setor e as finanças públicas (CARVALHO, 2007), com uma intensidade jamais vista.

Um estudo da sua ocorrência no Estado do Rio de Janeiro no período de 1991 a 2002 evidenciou a existência de mandados judiciais impetrados contra o estado e os municípios com vistas à obtenção de assistência farmacêutica em todos os anos estudados, no entanto, a partir de 1999 o crescimento do número desses mandados tornou-se exponencial. A maior parte dessas ações tinha como autores usuários do SUS e referia-se a medicamentos de uso contínuo e de atenção básica. O estudo concluiu, entre outras coisas, que municípios e o estado não cumpriam integralmente suas responsabilidades quanto à assistência farmacêutica, e que a excessiva judicialização decorrente gerava desgastes nas relações entre os poderes executivo e judiciário e desvio de recursos da execução de ações programadas, no âmbito da atenção coletiva. (1)

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) informava, em publicação própria, que “o significativo número de mandados judiciais que demandam o fornecimento de medicamentos de dispensação em caráter excepcional tem sido motivo de preocupação constante dos secretários estaduais de saúde”. São dessa época, também, as primeiras tentativas para

equacionar o problema, por meio da aproximação entre gestores do SUS e juízes. Na época, o Conass oficiou a todos os presidentes de tribunais de justiça e procuradores-gerais de justiça dos estados sobre a utilização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para orientar a decisão judicial quando das demandas judiciais por medicamentos excepcionais. (2)

Entre 2002 e 2003, os recursos gastos pelos estados e o Distrito Federal com medicamentos de dispensação em caráter excepcional triplicaram, alcançando a soma de um bilhão de reais, em 2003. Um seminário convocado para tratar da questão reconheceu “a desorganização que as ações judiciais causam no sistema”. (CONASS, 2005) Em abril de 2004, novamente, o Conass manifestava que “demandas judiciais por medicamentos excepcionais (...) representam, atualmente, uma das questões mais preocupantes para os gestores estaduais”. (3)

Em outubro de 2004, o Tribunal de Contas da União, em auditoria realizada em várias unidades federadas, entre junho e setembro de 2004, com o objetivo de avaliar o desempenho da Ação Assistência Farmacêutica para Aquisição e Distribuição de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, reconheceu que “estados e o Ministério da Saúde têm enfrentado um crescente número de demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos excepcionais, especialmente no biênio 2003-2004”, e que esse tem sido um dos principais problemas da área, podendo mesmo vir a inviabilizá-la, caso se mantenha o formato atual e não se reverta a situação. (4)

Um estudo do fenômeno no Município de São Paulo, no ano de 2005, mostrou que, apenas naquele ano foram impetradas 107 ações contra o poder público municipal, que resultaram em um gasto extra de 876 mil reais. É interessante verificar que a grande maioria dos medicamentos demandados eram de atenção básica (para diabetes, câncer, hipertensão, osteoporose) e se encontravam nas listagens adotadas pela secretaria municipal de saúde. Em mais de 70% dos casos, os pacientes demandantes tinham sido atendidos em um serviço do SUS – próprio, na maior parte dos casos –, onde não receberam os medicamentos de que necessitavam. (5)

Atualmente, os governos federal, estaduais e municipais – gestores do SUS – sofrem uma avalanche de ordens judiciais determinando a dispensação de medicamentos, o que gera efeitos negativos, especialmente sobre o gerenciamento da assistência farmacêutica nos estados e sobre os seus benefícios diretos, como a interrupção do tratamento de pacientes regulares em razão a transferência de medicamentos em estoque que lhes seriam destinados para pacientes beneficiados por determinação judicial (4). Essas decisões da Justiça comprometem, assim, a dispensação regular, o atendimento de prioridades definidas e a implementação das políticas de assistência farmacêutica aprovadas, já que os gestores precisam remanejar recursos vultosos para atender situações isoladas.

Há evidências, ademais, de que a oficialização de práticas prescritivas que não incluem medicamentos selecionados (das listagens oficiais), sem registro no País, sem comprovação de eficácia e que poderiam ser substituídos por outros de menor preço compromete o uso racional de medicamentos. (1); (5)

As explicações para a judicialização da política pública de assistência farmacêutica dos últimos anos não estão suficientemente esclarecidas, mas certamente dois fatores estão associados na

sua produção: a insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto no âmbito do SUS como no dos planos de saúde e o crescimento do reconhecimento do direito à saúde e, no seu âmbito, ao acesso ao medicamento, por parte de segmentos cada vez maiores da nossa população.

A insuficiência de cobertura a medicamentos nos dois sistemas – o público e o privado – é demonstrada por estudos recentes de gastos familiares com saúde que mostram que as despesas com medicamentos são, em volume, os mais importantes dispêndios com saúde das famílias brasileiras, superando, inclusive, os gastos com mensalidades de planos de saúde e pagamento por consultas, exames, internações, órteses e próteses (6) [referente a informações de 2003]; (7); (8). Entre os segmentos populacionais de menor renda, o comprometimento da renda familiar com a compra direta de medicamentos é ainda maior (7). Corroborando essa afirmação, a área de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde informava, às vésperas da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de 2005, que 80% dos medicamentos dispensados no País o eram por uma farmácia comercial sob a forma de compra direta pelo paciente-consumidor. (9)

Como os planos de saúde estão isentados, por lei, de dar cobertura a medicamentos utilizados por seus beneficiários em tratamentos domiciliares e ambulatoriais, a necessidade de rever essa regulamentação tem sido objeto de recomendações reiteradas e não implementadas pelo legislativo federal, entre as quais se destaca o relatório da comissão parlamentar de inquérito realizada pela Câmara dos Deputados em 2003. (10)

O principal componente do problema é o fato de que uma significativa proporção das secretarias estaduais e municipais de saúde não dispõe de desenvolvimento institucional e organizacional suficiente para dar conta das novas atribuições que a atual política de assistência farmacêutica lhes atribui. Dificuldades gerenciais ficaram claras logo após à descentralização de 1998 e as alterações promovidas no Programa de Medicamentos Excepcionais em 2002: a grande maioria delas não possuíam e não possuem, até o momento, estruturas operacional, logística e de atendimento para suportarem o crescimento da demanda. (4)

Para piorar a situação, uma significativa proporção das secretarias estaduais e municipais de saúde não cumpre o mínimo de investimentos obrigatórios em saúde determinados pela Constituição, não investe em assistência farmacêutica e não cumpre as responsabilidades assumidas nas instâncias de pactuação (comissões intergestores). (RELATÓRIO, 2007)

Não são raras as secretarias que não contam com farmacêuticos nos seus quadros – inclusive porque seus planos de cargos não os prevêm –, entregando a gestão de seus programas de assistência farmacêutica a pessoas despreparadas e a guarda dos medicamentos que adquirem ou recebem por repasse a almoxarifes. Da mesma forma não é incomum a insuficiência ou inadequação de farmácias, depósitos, meios de transporte e controle de estoques de medicamentos, nas redes estaduais e municipais, disso resultando ineficiência nos controles de estoques, condições inadequadas de armazenamento e, em decorrência, perdas e carências recorrentes. (11)

A falta de cumprimento dos acordos pactuados entre União, estados e municípios e o desvio ou não aplicação, por estes, de recursos federais destinados à assistência farmacêutica é evidenciada pelos números da Controladoria Geral da União: entre janeiro e junho de 2004, por exem-

plo, em apenas cinco estados auditados (AM, MG, MS, SC e RN), foi encontrada uma diferença de 13,3 milhões de reais entre o que eles receberam do governo federal para adquirir medicamentos e o que foi efetivamente dispensado aos pacientes. (11)

O resultado disso é o quadro severo de desabastecimento de medicamentos nas redes de serviços do SUS, conforme mostram os resultados de pesquisa realizada em 2002, pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, com o apoio do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, em uma amostra de onze cidades. Segundo o levantamento, a média nacional de disponibilidade de medicamentos “indispensáveis para a atenção primária segundo a Renome” era de apenas 55,4% e, em 42,5% dos serviços visitados, “não foi encontrado nenhum farmacêutico”. O desabastecimento é também uma constatação dos estudos sob a judicialização da política realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro (1); (12); (5).

Sem acesso aos medicamentos de que necessitam, resta aos pacientes – os do SUS e os dos planos – a via judicial.

A judicialização de políticas no Brasil

A situação de ascensão institucional do Poder Judiciário na proteção dos direitos individuais e coletivos e no controle de políticas públicas e da atuação dos poderes constituídos é um fenômeno descrito em diversas sociedades contemporâneas, como decorrente do aprofundamento do processo democrático e de redefinição da relação entre os três poderes. (13); (14); (15)

Ele é entendido como decorrência natural do surgimento do chamado Estado Social – “que incorporou promessas e compromissos de vulto nas cartas constitucionais” – o que aumentou a pressão, e, no seu bojo, a demanda judicial, pela concretização dos novos direitos de cidadania constitucionalizados. (16)

Na opinião de Souza Júnior, “o controle judicial oferece a possibilidade de que as minorias, sem acesso formal ou real ao centro do poder deliberativo, possam, vislumbrando alguma afronta ao ordenamento constitucional, influir, por via oblíqua, no processo político, retirando-as da posição marginal a que rotineiramente são relegadas”. Nesse sentido, a atuação do Judiciário na solução de questões como a concretização de direitos é não só democraticamente legítima como também democraticamente imprescindível. (16)

A opinião, no entanto, não é unânime: para outros autores, a judicialização das políticas e a sobreposição das decisões judiciais e do arcabouço normativo a opções políticas representam – ao contrário – uma ameaça à democracia. (17) Para outros, ao lado de suas “possibilidades democráticas”, a judicialização apresenta riscos, entre os quais a sobrecarga do aparato judicial, o risco elevado de erro judicial – em especial em matérias de densidade técnica e tecnológica, como é o caso da saúde – e o adiamento de soluções políticas. (15)

Em nosso País, os estudiosos da matéria (18); (16); (14) registram, da mesma forma que em outros países, a elevação considerável da demanda da sociedade por justiça, a partir da promulgação da Constituição de 1988. Eles identificam, no entanto que, no Brasil, além da reconquista das liberdades democráticas e da cidadania, da ampliação do catálogo de direitos e garantias

fundamentais e da correspondente conscientização das pessoas e dos grupos sociais sobre seus direitos, um outro elemento contribuiu decisivamente para a judicialização de políticas públicas: a introdução de novos e efetivos instrumentos processuais para garantir sua efetividade e a tutela daqueles direitos.

Dessa forma, no Brasil pós-1988, além da evolução do direito de acesso à justiça ocorreu a instituição de mecanismos assecuratórios do acesso a direitos constitucionais de alguma forma preteridos. (16) Na opinião de Casagrande, a Constituição de 1988 promoveu não apenas a criação de um amplo sistema de garantias de direitos como uma série de inovações processuais a seu serviço, somadas à inédita posição de independência do Judiciário em relação aos demais poderes. (18) Entre esses mecanismos ressalta o alargamento de funções e do âmbito de atuação do Ministério Público.

No campo do direito à saúde, o texto constitucional de 1988 trouxe considerável inovação ao definir as ações e serviços de saúde como de relevância pública e determinando, assim, a essencialidade de sua prestação para o interesse social. (19)

A construção do Sistema Único de Saúde como mecanismo para assegurar o acesso universal àquelas ações e serviços e a atenção integral, no entanto, não alcançou, como se viu, todos os aspectos da atenção à saúde: a assistência farmacêutica permaneceu como um dos aspectos menos institucionalizados e menos universalizados. A insuficiência da assistência farmacêutica prestada tanto pelo SUS como pelos planos de saúde foi, assim, um dos motivos pelos quais as pessoas, as associações de doentes e o próprio Ministério Público optassem pela via judicial para obter acesso ao medicamento como parte do direito constitucional à saúde.

Mas esta não é a única causa do fenômeno. São relatadas, entre outras, a atuação inescrupulosa de pessoas, representantes de laboratórios farmacêuticos e advogados, que se consorciaram para delinquir, criar mercados para seus produtos ou simplesmente apropriar-se de recursos públicos.

O patrocínio de grupos de defesa de pacientes por grandes corporações farmacêuticas – sob o disfarce da constituição de redes de apoio e de programas de informação e educação – tem sido objeto de denúncia no exterior. (20); (21) Em nosso meio, os resultados de um estudo, realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em dezembro de 2003, dos fatores causadores de demandas judiciais para fornecimento de medicamentos excepcionais nas secretarias estaduais de saúde que evidenciou que, respectivamente em 55,6% e 14,8% dos casos, o medicamento envolvido ou não estava em consonância com os protocolos clínico-terapêuticos vigentes ou não estavam disponíveis no mercado nacional (3) podem ser um indicativo da ocorrência desse fato também no Brasil.

Impacto econômico-financeiro da judicialização

A efetivação de direitos sociais exige a implementação de políticas públicas que, por sua vez, demandam gastos públicos. A experiência de ampliação desses direitos e políticas pela via da judicialização tem mostrado que isso não se faz sem impacto nas finanças públicas. (22)

No caso da Colômbia, a judicialização de determinadas políticas públicas implicou não apenas em um gasto público considerável como forçou a reorientação de prioridades e estratégias

governamentais nos setores atingidos por ela. Em relação especificamente à tutela jurisdicional do direito à saúde, os custos multiplicaram-se por três, naquele país, entre 1988 e 1995. (15)

Em nosso País, existem evidências de que a judicialização da política de assistência farmacêutica tem sido um fator desorganizar das finanças públicas (23) (4) e de desvio de recursos da execução de ações programadas, no âmbito da atenção coletiva. (1); (24)

MATERIAL E MÉTODO

O estudo teve por objetivo caracterizar o processo de judicialização da política de assistência farmacêutica ocorrido no Distrito Federal nos últimos anos, quanto à sua evolução, características e impacto sobre a materialização dessa política.

Interessava, especialmente, esclarecer se este mecanismo contribuiu para a ampliação da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como seu impacto sobre as características com que ela se implementou.

É uma pesquisa documental na qual foram estudados os acórdãos julgados pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) nos anos de 2001 a 2005, tratando de acesso a medicamentos, correspondentes a ações iniciadas nos anos de 1997 a 2005.

Objetivava, ainda, caracterizar o impacto econômico-financeiro das ações judiciais sobre o financiamento da atividade. Este objetivo, no entanto, não foi alcançado na medida em que não foi possível ter acesso à informação sobre os gastos realizados pelo Governo do Distrito Federal com medicamentos, no período.

Foi impossível conhecer o volume e a composição do gasto com assistência farmacêutica feita pela Secretaria da Saúde no período estudado e, menos ainda, a parcela que decorre do atendimento de ações judiciais.¹³

RESULTADOS

Ações, autores, réus e medicamentos pleiteados

Foram identificados 221 acórdãos julgados no período considerado a partir da base de dados mantida pelo TJDF com acesso por meio da internet.

A análise dos teores desses acórdãos permite verificar a existência de um padrão mutável, durante o período analisado, das características do demandante de proteção jurídica, do medicamento demandado e das ações impetradas, bem como a evolução dos argumentos apresentados por autores e réus, que foram conformando a jurisprudência daquela corte sobre a matéria. Um padrão, no entanto, permaneceu imutável: o provimento de todas as ações a favor do autor-pa-

13 Consultamos a Secretaria da Fazenda do Distrito Federal, o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde e o Ministério Público de Contas do Distrito Federal que informaram não dispor dessas informações. Em verdade, as contas do Governo do Distrito Federal têm se caracterizado, nos últimos anos, por "ausência de ação planejada e transparente", nas palavras de recente auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal. (VAZ, 2007)

ciente – inclusive com antecipação de tutela e concessão de segurança – e o não-provimento dos apelos, recursos e agravos do réu pela reforma das sentenças.

a) Ações

Segundo os registros da Assessoria Jurídica e Legislativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o número de ações de medicamentos impetradas contra a Secretaria tem sido crescente: 281, em 2003; 378, em 2004; 604, em 2005; e 682, em 2007. Um número significativo delas chegou à deliberação do Pleno do TJDF, originando os acórdãos que foram objeto de análise.

Em relação à natureza da ação, predominaram as ações cominatórias e os mandados de segurança, que perfazem cerca de 60% do total. Esse padrão, no entanto, não é constante no tempo: nos anos iniciais do período estudado, a maior parte das ações são cautelares e ordinárias, passando a prevalecer as ações cominatórias e os mandados de segurança nos anos finais do período. (Tabela 1)

Tabela 1 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o ano da inicial e a natureza da ação. Distrito Federal, 1997 a 2005.

Ação \ ano da inicial	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Cautelar	2	4	3	-	2	-	-	-	-	11
Ordinária	-	3	7	7	2	7	3	-	-	29
Cominatória	-	-	3	1	-	15	6	25	15	65
De conhecimento	-	-	-	2	2	4	1	3	-	12
Civil pública	-	-	-	2	-	2	2	2	-	8
Mandado de segurança	-	-	-	-	2	17	3	20	19	61
Outras	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Sem informação	-	-	5	1	2	8	4	9	4	33
Total	2	7	19	13	10	53	20	59	38	221

b) Autores

Os autores são, majoritariamente, particulares. Infelizmente, em 80% dos casos não foi possível identificar o condutor da ação. (Tabelas 2 e 3)

Tabela 2 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo a natureza do autor. Distrito Federal, 1997-2005.

Autor	Número	%
Particular	210	95,0
Associação de pacientes	5	2,3
Ministério Público	5	2,3
Sem informação	1	0,4
Total	221	100,0

Tabela 3 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo a natureza do condutor da ação. Distrito Federal, 1997-2005.

Condutor	Número	%
Advogado particular	10	4,5
Defensoria Pública	26	11,8
Ministério Público	9	4,1
Sem informação	176	79,6
Total	221	100,0

A grande preponderância de autores individuais representados por advogados particulares foi também encontrada por Marques e Dallari (12) e por Vieira e Zucchi, em São Paulo (5). Messeder, Castro e Luiza, no entanto, encontraram, no Estado do Rio de Janeiro, entre 1991 e 2002, uma proporção elevada e crescente de ações conduzidas pela defensoria pública (1), uma tendência que também observamos no Distrito Federal, nos anos finais do período estudado.

Em mais de 40% das ações, não é possível identificar o serviço em que o autor estava sendo atendido e que lhe prescreveu o medicamento pleiteado. Dentre as situações em que essa informação é conhecida (e excluídas as ações contra operadoras de planos de saúde), evidencia-se que 79% dos pleiteantes eram pacientes de um serviço mantido pelo Estado, a grande maioria dos quais (67%), estava sendo atendida em unidades da rede mantida pelo Governo do Distrito Federal – o SUS-DF. Chama a atenção, a proporção significativa de pacientes – 21% dos autores em relação aos quais se conhece o serviço que os atendia – cuja assistência médica estava sendo feita por clínicas privadas ou por médicos particulares, mas que, ainda assim, pleiteiam que a assistência farmacêutica seja prestada pelo SUS. (Tabela 4)

Tabela 4 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o serviço de saúde em que o autor estava sendo atendido. Distrito Federal, 1997-2005.

Serviço	Número	%
Secretaria de Saúde e Fundação Hospitalar do DF	83	37,6
Hospital Universitário de Brasília	8	3,6
Hospital das Forças Armadas	3	1,3
Hospital Sarah	3	1,3
Policlínica da Polícia Militar	1	0,5
Particular	26	11,8
Plano de saúde	6*	2,7
Sem informação	91	41,2
Total	221	100,0

* os réus, nesses casos, não são o SUS-DF, mas as operadoras respectivas

Esses resultados são similares aos encontrados por Vieira e Zucchi, no Município de São Paulo, em 2005, (5) e por Messeder, Castro e Luiza, no Estado do Rio de Janeiro, na década de 90 (1).

c) Réus

No pólo passivo das ações, está o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, representado, principalmente, pelo Governo do Distrito Federal ou pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal. Um número muito pequeno de ações foi impetrado contra operadoras de planos privados de saúde. (Tabela 5)

Tabela 5 - Réus em ações de medicamentos, segundo a natureza, em acórdãos julgados pelo TJDF nos anos de 2000 a 2005.

Réu	Nº	%
Distrito Federal	156	70,7
Secretário de Saúde	52	23,6
Fundação Hospitalar do Distrito Federal	2	0,9
Diretor de Procedimentos de Alta Complexidade da SES	1	0,4
Chefe da Farmácia Central da SES	1	0,4
Diretor de Medicamentos da SES	1	0,4
Diretor do Hospital de Base	1	0,4
Diretor do Hospital Universitário	1	0,4
Operadoras de plano de saúde	6	2,8
Total	221	100,0

A identificação do réu como “o Distrito Federal” é mais frequente nos anos iniciais da série estudada e como o Secretário de Saúde, nos anos posteriores. Outras autoridades ligadas ao SUS-DF (diretores das áreas de assistência farmacêutica e de procedimentos de alta complexidade, em especial) aparecem raramente no pólo passivo das ações. Marques e Dallari encontraram padrão similar nas ações de fornecimento de medicamentos do Estado de São Paulo, entre 1997 e 2004 (12)

O argumento de que o Distrito Federal, por meio de seu governo ou da Secretaria de Saúde, não constituía pólo passivo legítimo da ação foi precoce e insistentemente apresentado pelos réus e sistematicamente recusado pelos julgadores. Apesar disso, em todo o período estudado, o GDF e a Secretaria de Saúde persistiram em trazer reiteradamente, em suas defesas, recursos e agravos, o argumento de que a competência da prestação é do Ministério da Saúde e não sua, e na necessidade de denúncia da União à lide.

O argumento foi rebatido também de forma reiterada com base, sempre, nos mesmos elementos: o de que o art. 198 da Constituição Federal instituiu um sistema de saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, e a determinação expressa da Lei Orgânica do DF de que é da competência do GDF prestar “assistência social aos necessitados”. Voto, proferido em 2004, sintetiza a posição do TJDF que consolidou jurisprudência a respeito:

“Pelo mesmo fundamento, [é] indiscutível a legitimidade passiva do Distrito Federal, pois, conforme já ressaltado, na manutenção dos serviços públicos de saúde, preserva tal ente razoável parcela de sua autonomia administrativa, a qual deverá ser utilizada com o fim de atender as necessidades surgidas no âmbito do respectivo território.” (Processo nº 2002.01.1.052 740-5, acórdão 191.073, julgado em 22/03/04).

Apenas um número muito pequeno de ações foi impetrado contra planos de saúde, objetivando a cobertura para medicamentos ou o ressarcimento de gastos com medicamentos.

d) Medicamentos

O tipo de patologia que origina a demanda por proteção jurídica para suas necessidades de assistência farmacêutica variou com o tempo e, por essa razão, também o grupo terapêutico dos medicamentos pleiteados. (Tabela 6)

Em 94,5% dos acórdãos estudados foi possível identificar o medicamento pleiteado. Do total de 277 medicamentos identificados, cerca de 60% eram pelo nome genérico ou denominação comum brasileira (DCB); 40%, pelo nome de marca e o restante pelo grupo terapêutico. (Tabela 7)

Tabela 6 – Ações de medicamentos julgadas pelo TJDF, segundo o ano da inicial e o tipo de doença de que o impetrante era portador. Distrito Federal, 1997 a 2005.

Doença \ ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Aids	2	7	18	11	7	2	1	4	1	53
Dist. crescimento	-	-	1	-	-	-	1	2	-	4
S. de Gaucher	-	-	-	2	-	-	-	1	-	3
Esclerose múltipl.	-	-	-	-	1	12	-	-	-	13
Transt. mentais	-	-	-	-	1	1	2	4	5	13
Cânceres	-	-	-	-	1	17	5	6	7	36
Fibrose cística	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
ELA*	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3
D ^{as} neurológicas	-	-	-	-	-	2	2	5	2	11
Hepatite C	-	-	-	-	-	11	4	3	2	20
Diabete mellitus	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3
S. de Byler	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Artropatias	-	-	-	-	-	-	-	5	13	18
Osteoporose	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10
D ^a de Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
D ^a de Fabry	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
S. de Sjögren	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Outras	-	-	-	-	-	2	2	7	4	15
Sem informação	-	-	-	-	-	2	2	4	3	11
Total	2	7	19	13	10	53	20	59	38	221

*ELA = esclerose lateral amiotrófica

Tabela 7 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo a forma de identificação. Distrito Federal, 1997 a 2005.

Identificação	Número	%
Nome genérico (DCB/DCI)	162	58,5
Nome de marca	111	40,1
Grupo terapêutico	4	1,4
Total	277	100,0

A análise dos medicamentos pleiteados segundo o grupo terapêutico (Tabela 8) permite verificar que, ainda que mais de 60% das ações se concentrem em apenas quatro grupos, elas abrangem uma grande variedade deles.

Outro aspecto relevante é o de que, em cerca da metade das ações, os medicamentos pleiteados faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, versão de 2002 (9). (Tabela 9).

Tabela 8 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo o grupo terapêutico. Distrito Federal, 1997 a 2005.

Grupo terapêutico	Medicamentos		Ações	
	Nº	%	Nº	%
Antirretrovirais (ARV)	15	13,0	74	25,6
Antineoplásicos e coadjuvantes	20	17,2	41	14,0
Atuação sobre o sistema nervoso central	19	16,4	34	11,6
Antivirais [exclusive ARV]	4	3,4	32	10,9
Atuação sobre o aparelho osteoarticular	6	5,2	28	9,6
Esclerose múltipla e esclerose lat. amiotrófica	3	2,6	16	5,5
Doenças raras (Gaucher, Byler, Fabry, Sjögren)	4	3,4	11	3,7
Atuação sobre os sist. endócrino e reprodutor	6	5,2	10	3,4
Atuação sobre o sistema cardiovascular	5	4,3	6	2,0
Atuação sobre o sistema digestivo	4	3,4	5	1,7
Antibacterianos	4	3,4	4	1,4
Outros grupos terapêuticos	10	8,6	16	5,5
Medicamento / gr. terapêutico não identificado	16	13,8	16	5,5
Total	116	100,0	293	100,0

Tabela 9 – Medicamentos objeto de ações judiciais julgadas pelo TJDF, segundo a sua participação ou não na Rename, segundo o grupo terapêutico. Distrito Federal, 1997 a 2005.

Grupo terapêutico	Medicamentos			Ações		
	Nº	Rename	%	Nº	Rename	%
Antibacterianos	4	4	100,0	4	4	100,0
Atuação s/ sist. endócrino e reprod.	6	6	100,0	10	10	100,0
Antiretrovirais (ARV)	15	14	93,3	74	71	95,9
Atuação sobre o sist. digestivo	4	2	50,0	5	3	60,0
Antineoplásicos e adjuvantes	20	9	45,0	41	18	43,9
Atuação s/ o sist. nervoso central	19	7	36,8	34	13	38,2
Esclerose múltipla e ELA	3	1	33,3	16	8	50,0
Antivirais [exclusive ARV]	4	1	25,0	32	2	6,2
Atuação sobre o sist. cardiovascular	5	1	20,0	6	1	16,7
Outros grupos terapêuticos	10	2	20,0	16	2	12,5
Atuação sobre o sist. osteoarticular	6	-	-	28	-	-
Doenças raras	4	-	-	11	-	-
Total (medicamentos identificados)	100	47	47,0	277	132	47,6

A análise dos dados apresentados permite observar, até 2001, um número pequeno de ações e, na sua quase totalidade, impetrada por doentes de aids requerendo o fornecimento de antirretrovirais e, mais raramente, de outros medicamentos para tratamento de infecções oportunistas, lipodistrofia e intercorrências clínicas. A partir de então, aumentou o número de ações solicitando o fornecimento daqueles e de outros antirretrovirais inovadores ou, como a eles se referem os acórdãos, “medicamentos de vanguarda”, antes mesmo de eles terem entrado no mercado nacional, terem sido registrados no Ministério da Saúde ou selecionados para os protocolos clínico-terapêuticos vigentes. Muitas ações dessa época – por sinal, sempre concedidas – pediam “todos os medicamentos necessários ao tratamento” ou “e outros que vierem a ser prescritos”, além da realização de exames de resistência fenotípica.

Foram essas ações que estabeleceram as bases da jurisprudência do TJDF sobre a matéria.

A partir de 2002, o número de ações sofreu um incremento significativo, ao mesmo tempo em que os pacientes com aids deixaram de ser os principais autores das ações que passaram a incluir pacientes com cânceres (16,3% das ações), hepatite C (9,0%), artropatias (8,1%), esclerose múltipla (5,9%), transtornos mentais (5,9%), doenças neurológicas (5,0%) e osteoporose (4,5%), entre outros, verificando-se, assim, que o espectro de doenças e pacientes que requerem proteção jurisdicional cresceu muito, a partir de então.

Portadores de doenças raras (Síndrome de Gaucher, fibrose cística, esclerose lateral amiotófica, doença de Fabri, Síndrome de Byler e Síndrome de Sjörgren), em ações pessoais ou impetradas por associações de doentes, pleitearam o fornecimento de medicamentos – em geral experimentais ou fora do mercado brasileiro e de elevado custo – a partir de 2000, mas, principalmente, durante os anos de 2003 e 2004. Eles representam, no entanto, menos de 5% do total de ações do período.

Em metade das ações estudadas, os medicamentos pleiteados faziam parte da Rename.

Esse padrão – aids como condição patológica dominante nas ações até os primeiros anos da década; grande diversificação dessas condições e dos grupos terapêuticos dos medicamentos pleiteados, a partir de então; e maioria de ações voltadas para medicamentos para o tratamento de condições de atenção básica e de média complexidade – também é registrado no Rio de Janeiro (1) e em São Paulo (5).

CONCLUSÕES

A judicialização da política de assistência farmacêutica observada no Distrito Federal caracterizou-se pelo crescimento importante do número de ações a partir do início desta década e pela concessão da totalidade dos pleitos levados a julgamento no TJDF. Em decorrência, a política de assistência farmacêutica implementada pelo sistema público de saúde no Distrito Federal no período estudado foi profundamente afetada pela intervenção do Poder Judiciário, em resposta ao crescente e importante número de ações de medicamentos, impetradas contra o SUS-DF.

As principais alterações promovidas, pela judicialização, na política de assistência farmacêutica executada pelo SUS-DF no período de estudo consistiram em ampliação de cobertura; redefinição de prioridades – em decorrência do necessário remanejamento de recursos para atendimento das demandas judiciais; e limitação da adoção e emprego de determinados instrumentos e processos técnicos – como a seleção/padronização de medicamentos e a adoção de protocolos clínico-terapêuticos, entendidos como meras tratativas burocratizantes.

A flagrante insuficiência da atenção à saúde prestada no âmbito do SUS-DF no período estudado – e não apenas da assistência farmacêutica – é, provavelmente, o principal fator explicativo do fenômeno, sendo importante ressaltar que essa insuficiência atingiu, inclusive, serviços públicos de saúde não-participantes da rede mantida pela Secretaria de Saúde. A natureza dos medicamentos pleiteados – que são medicamentos “padronizados” em metade dos casos – favorece essa interpretação.

O fenômeno se inicia com ações por medicamentos antirretrovirais, impetradas por pacientes de aids contra o SUS-DF, nos anos finais da década passada. Foi o julgamento desses casos que estabeleceu e conformou a jurisprudência do TJDF sobre a matéria, que veio a se consolidar no período estudado com muitas poucas reformulações. A partir de 2001, a judicialização alcançou um número crescente e diversificado de outros medicamentos incluindo, principalmente, medicamentos selecionados, para a atenção básica e de média complexidade, ainda que o maior impacto financeiro tenha decorrido das poucas concessões de medicamentos de alto custo para doenças raras e para o tratamento da hepatite C.

1. O reconhecimento de que a prestação de assistência farmacêutica pelo Estado constitui materialização do direito constitucional à vida e à saúde, além de imposição legal, e, portando, depende da concretização de políticas públicas, tornando-se a omissão do Estado em implementá-las uma violação desses direitos. A assistência farmacêutica é concebida, assim, como

um direito jurisdicionalmente tutelável do qual decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a prestação.

2. A relativização desse direito, que é determinado, também, pela situação de hipossuficiência do autor-paciente, isto é, a jurisprudência deixa implícito que as pessoas que dispõem de recursos próprios para a aquisição de medicamentos não são, necessariamente, objeto desse direito, fazendo perceber que, quando se trata de assistência farmacêutica, o direito constitucional só se aplica se o demandante não tiver recursos para prover o medicamento por contra própria. Isso, no entanto, não impediu que a totalidade dos pedidos fosse concedida.

3. A dificuldade dos julgadores de lidarem com conceitos técnicos como seleção de medicamentos (denominada “padronização”, nos textos dos acórdãos estudados), protocolo clínico, intercambialidade e vigilância sanitária, e a incapacidade ou desinteresse dos réus em explicá-los, conferindo baixíssimo ou ausente conteúdo técnico às peças processuais. Como resultado, relações de medicamentos selecionados, protocolos clínicos e o registro de medicamentos são entendidos por juízes e desembargadores como entraves burocráticos e mecanismos de resistência do gestor ao seu dever de agir.

4. O estabelecimento da prevalência da prescrição médica sobre quaisquer outros argumentos, mesmo quando ilegal (como no caso da prescrição de medicamentos experimentais fora de protocolos de pesquisa e de medicamentos sem registro no País) ou sem respaldo técnico (sem comprovação de eficácia ou segurança e indicação terapêutica ou dosagem não-aprovadas pela vigilância sanitária).

5. A não-consideração ou relativização de disposições legais frente à prevalência de disposições constitucionais que instituem o direito público subjetivo à saúde – e no seu âmbito o acesso ao medicamento – como prerrogativa jurídica indisponível. Por se tratar de normas infraconstitucionais, os dispositivos da Lei nº 9.313, de 1996, (que obriga a distribuição gratuita de medicamentos a portadores do HIV e doentes de aids) que instituem a seleção (padronização) dos medicamentos alcançados pela obrigatoriedade, não são considerados pelos julgadores – que a entendem como mero procedimento burocrático. Da mesma forma e pela mesma razão, a confrontação a dispositivos legais que proíbem a importação, a prescrição e o uso de medicamentos não-registrados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é relativizada nas decisões.

Esse fato permite antever que a edição de novas normas legais que busquem delimitar o alcance, o acesso ou o direito à assistência farmacêutica no âmbito do SUS muito provavelmente não surtirá o efeito desejado de reduzir o número de ações judiciais contra o sistema de saúde, mesmo com a institucionalização de processos técnicos similares aos citados. Ainda que uma nova normativa legal definindo esses limites venha a ser adotada pelo Judiciário, ela poderá, no máximo, limitar os gastos com medicamentos não-selecionados. Como a maioria das ações pleiteia medicamentos selecionados, isto é, contemplados nas listagens adotadas pelo SUS e que deveriam estar disponíveis na rede, uma tal norma poderá limitar o impacto econômico da judicialização, mas pouco reduzir sua intensidade, a menos que os gestores do SUS adotem políticas de assistência farmacêutica mais abrangentes.

Por fim, é possível verificar que as consequências econômicas e distributivas das decisões em ações de medicamentos não são preocupação do TJDF que sempre entendeu que esses argumentos não são aceitáveis quando se trata do direito constitucional à saúde. Os custos envolvidos para a efetivação dos direitos pleiteados, no caso da assistência farmacêutica, não são considerados elementos relevantes para o julgamento da matéria pelo TJDF que, reiteradamente, manifestou-se no sentido de que limitações orçamentárias não podem suplantar direitos constitucionais – interpretando que tais limitações representam ou incompetência administrativa ou desinteresse em agir, por parte do gestor público. As decisões desconsideram, também, o risco de comprometimento de outras ações programadas em decorrência de sentenças concessivas.

A nosso ver, a solução para os problemas trazidos pela intensa judicialização da política de assistência farmacêutica em nosso País está, por um lado, na melhoria da qualidade e da cobertura dessa ação no âmbito do SUS e dos planos privados de assistência à saúde e, por outro, na busca por uma atuação mais harmônica e menos independente entre os três Poderes.

Referências

1. Messeder, AM; Osorio-de-Castro, CGS; Luiza, VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v. 21, n. 2, p. 525-534, mar-abr. 2005.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (a). Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. (Série CONASS Documenta, n. 3) Brasília: CONASS, 2004.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (b). Diagnóstico do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional nas Secretarias Estaduais de Saúde. In: CONASS. Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. (Série CONASS Documenta, n. 5) Brasília: CONASS, 2004.
4. Tribunal de Contas da União. Avaliação do TCU sobre a Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais. (Sumários Executivos, 23) Brasília: TCU, 2005. [Também disponível em: www.tcu.gov.br/avaliacaodeprogramasdegoverno]
5. Vieira, FS; Zucchi, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 212-222, 2007.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). *The World Health Report*, 2006. Genebra: OMS, 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
8. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Pesquisa Mundial de Saúde: Brasil 2003. Rio de Janeiro: Fiocruz Ed., 2004.
9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Relatório final. Brasília: Câmara dos Deputados, nov. 2003.
12. Marques, SB; Dallari, SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.
13. Tate, N; Vallinder, T (org). *The Global Expansion of Judicial Power*. New York: New York University Press, 1995.
14. Nunes JR, AT. Considerações sobre a Judicialização da Política no Brasil. *Cadernos Aslegis* (Brasília), v. 8, n. 29, p. 33-39, maio/dez. 2006.
15. Yepes, RU. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e risco. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*, a. 4, n. 6, p. 53-70, 2007.
16. Souza JR, AHo. *O Supremo Tribunal Federal e as Questões Políticas*. Porto Alegre: Síntese, 2004.
17. Campilongo, CF. *Política, sistema jurídico e decisão judicial*. São Paulo: Max Limonard, 2002.
18. Casagrande, C. Ministério Público, ação civil pública e a judicialização da política: perspectivas para o seu estudo. *Boletim Científico da Escola Superior do Ministério Público da União*, a. 1, n. 3, p. 21-34, abr./jun. 2002.

19. Delduque, MC; Oliveira, MSC. O papel do Ministério Público no campo do Direito e Saúde. In: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Questões de Direito Sanitário. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

20. O'Harrow, R. Grass roots seeded by drugmaker. *Washington Post*, 12 set. 2000, p. A1. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/ac2/wp-dyn/A52480-2000-Sep11?language=printer/>.

21. Angell, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Rio de Janeiro: Record, 2007.

22. Wang, DWL. Escassez de recursos, custos diretos e reserva do possível na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. [S.l.]: Berkeley Program in Law & Economics, Latin American and Caribbean Law and Economics Association (Alacde), 2007. Disponível em: <http://repositories.cdlib.org/bple/alacde/050207-16/>.

23. Carvalho, L. PGE combate bloqueio de contas no RS. *Valor Econômico* (Rio de Janeiro), 16 ago. 2002, p. E2.

24 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Carta de Porto Alegre. Relatório do Seminário 'O SUS, o Judiciário e o Acesso aos Medicamentos Excepcionais' (Porto Alegre, 9-10 de julho de 2004). In: CONASS. Nota Técnica 13/2005. Brasília: CONASS, jul. 2005.

CAPÍTULO 7 – MEDICINAS

7.1 - Sobre a regulamentação do exercício profissional da acupuntura (1999)

O debate sobre a regulamentação do exercício profissional da acupuntura em nosso País iniciou-se com a apresentação, à Câmara dos Deputados, em março de 1991, do Projeto de Lei nº 383, de 1991, de autoria do Deputado Marcelino Romano Machado.

Entre fevereiro de 1994 e maio de 1995, o projeto foi apreciado e aprovado nas Comissões de Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP) e de Constituição, Justiça e Redação (CCJR) daquela Casa. No Senado Federal, onde entrou em maio de 1995 e tomou o nº 67/95, foi encaminhado à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e objeto de audiência pública, realizada em 17 de abril de 1996.

Na CAS, o PLS 67/95 teve aprovado o parecer do relator, Senador Valmir Campelo, favorável à aprovação na forma de substitutivo, em junho daquele ano. Um outro substitutivo, do Senador Lucídio Portella, foi vencido. As duas emendas oferecidas nesta Comissão não foram acatadas.

Em plenário, recebeu duas emendas e voltou a exame pela CAS onde o parecer do relator (Senador Valmir Campelo) pela sua rejeição foi aprovado, com voto vencido do Senador Waldeck Ornellas e abstenção dos Senadores Marina Silva e Belo Parga.

Em maio de 1997, foi aprovado requerimento do Senador Lucídio Portella para que a matéria fosse também analisada pela Comissão de Educação, “em vista da necessidade de apreciação, dada a complexidade da matéria, por outro órgão técnico do Senado Federal”. Nessa Comissão, teve como relator o Senador Joel de Hollanda cujo parecer, lido mas não votado, recebeu votos em separado dos Senadores Ernandes Amorim e Leonel Paiva, ambos na forma de substitutivo. A matéria não teve deliberação até o final da Legislatura e sua relatoria foi redistribuída, no início da atual, para o Senador Geraldo Althoff que, até o momento, não apresentou seu relatório.

O Substitutivo, em apreciação (Emenda nº 1-CAS), considera habilitados para o exercício profissional da acupuntura:

- “o profissional com graduação superior em acupuntura e os profissionais das demais áreas de saúde, de nível superior, inscritos na forma da lei e portadores de certificado de conclusão de curso de especialização em acupuntura, reconhecido pelo órgão competente do Ministério da Educação e do Desporto, com atuação restrita aos limites de sua respectiva profissão” e
- o praticante de acupuntura com exercício profissional efetivamente comprovado até a data de publicação da lei.

Cria a figura do Técnico em Acupuntura, habilitado a exercer a atividade sob orientação de um dos profissionais acima, correspondente “aos portadores de certificado de curso de capacitação em acupuntura, emitido por escolas oficiais ou reconhecidas pelos Conselhos Estaduais de Educação”.

Os ‘currículos mínimos’ dos cursos de graduação e especialização, em nível superior, e dos cursos de capacitação (em nível técnico) serão definidos pelo órgão competente do Ministério da Educação e do Desporto, ouvido o Conselho Nacional de Saúde. Os certificados e diplomas de cursos congêneres expedidos por instituições estrangeiras, legalmente reconhecidas nos países de origem, serão revalidados na forma da lei, atendendo-se à equivalência de currículo e carga horária.

O Poder Executivo é autorizado a criar o Conselho Federal de Acupuntura, na qualidade de órgão responsável pela fiscalização e supervisão do exercício profissional e da ética.

Dispõe, por fim, que o Sistema Único de Saúde “garantirá à população o acesso à acupuntura, como opção de tratamento, prevenção e manutenção da saúde”.

Esse substitutivo e os desdobramentos decorrentes de sua tramitação e – mais tarde – da publicação do relatório do Senador Joel de Hollanda, na Comissão de Educação, gerou uma polêmica de larga extensão.

O principal questionamento que lhe foi feito diz respeito aos “graves riscos de elaboração diagnóstica e de realização de técnica invasiva por profissionais sem formação adequada” – nas palavras do Secretário Geral da Associação Médica Brasileira, em expediente encaminhado ao Presidente do Senado em junho do corrente e anexado ao processado – que decorre do reconhecimento automático dos praticantes de acupuntura não-médicos, independente de comprovação de proficiência, que tenham exercício profissional efetivamente comprovado até a data de publicação da lei.

Em verdade, estima-se existirem em atividade no País cerca de dez mil acupunturistas “sem diploma de nível superior” e quatro mil médicos capacitados no uso da técnica (especialistas). O Ministério da Saúde reconhece, em Aviso nº 1.168, de 25 de julho de 1997, do Ministro da Saúde, que “o crescimento desenfreado do número de praticante leigos” torna imprescindível a adoção de medidas visando verificar a qualificação desses praticantes, ao mesmo tempo em que a falta de regulamentação tem resultado em que tal prática venha se fazendo “sem qualquer controle das instâncias de fiscalização do exercício profissional” (referindo-se ao exercício desse práticos, já que o dos médicos está afeto aos conselhos Federal e regionais de Medicina).

Esse grupo de opinião reconhece apenas aos médicos, odontólogos e médicos veterinários a competência para o exercício da acupuntura, por serem os únicos a terem as atribuições legais e as qualificações técnicas para o diagnóstico clínico-nosológico e o exercício da prática clínica, isto é, por serem os únicos que detém legalmente a prerrogativa de diagnóstico e prescrição, nos seus respectivos campos de atuação. Segundo eles, a acupuntura não é uma profissão, mas uma especialidade clínica.

Na China, berço da acupuntura, a técnica é ensinada exclusivamente nas escolas médicas, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, e exclusivamente para médicos. No entanto, são oferecidos, naquele país, cursos ‘avulsos’ a não-médicos estrangeiros, nos quais uma parte dos nossos atuais práticos se formaram.

Esse entendimento, no entanto, não é universal. Na França, Bélgica e Itália, a acupuntura só é permitida a clínicos e cirurgiões sendo sua prática por não-médicos considerada exercício ilegal

Medicina. Na Inglaterra, Alemanha, Irlanda, Suécia e Dinamarca, no entanto, a prática por não-médicos é permitida sob supervisão médica ou não, sendo que, nesse último caso, é exigida a aprovação em exames de proficiência. Na Holanda, permite-se o trabalho de acupuntores não-médicos, no entanto têm sido adotadas medidas punitivas em casos de comprometimento da saúde de clientes e está em tramitação proposição legislativa na qual se busca legalizar a situação desses práticos por meio da obrigatoriedade de treinamentos oficiais. No Estado da Califórnia, nos Estados Unidos, por outro lado, a acupuntura só é permitida a profissionais formados em Medicina Tradicional Chinesa.

Em nosso meio, a Resolução CIPLAN nº 5, de 3 de março de 1988, que regulamenta a prática da acupuntura nos serviços públicos de saúde, considera habilitados para a exercer apenas os médicos que atenderem os requisitos de possuir diploma válido de Médico, registro no conselho regional de medicina e título de especialista ou certificado de curso, realizado no Brasil ou no exterior, com carga horária de, no mínimo, 600 horas. Para os habilitados antes de 1984, faz-se necessário comprovar a prática de acupuntura por um período de, no mínimo, três anos e apresentar *curriculum* e comprovação de “participação em atividades científicas oficiais, congressos, seminários, conferências, jornadas e cursos de curta duração”.

O Conselho Federal de Medicina, por seu lado, reconhece a acupuntura como ato médico, elevando-a à categoria de especialidade médica (Resolução nº 1.455, de 11 de agosto de 1995).

Parecer da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça, de nº 11/96, datado de 8 de abril de 1996, indica “a convicção de que a acupuntura só pode ser exercida por profissional devidamente habilitado” e que “é possível que se possa entender como tal, mesmo com válidas dúvidas a respeito, aquele que haja concluído um curso específico de acupuntura, com a duração mínima de três anos, reconhecido na forma da lei”.

A opinião do Ministério da Saúde (no expediente anteriormente referido) é de que, ao mesmo tempo, é necessário “controlar os riscos aos usuários e assegurar aos práticos o direito jurídico adquirido”.

O exercício profissional da acupuntura por médicos, dentistas e veterinários não é, assim, um problema, uma vez que, para tanto, se lhes é exigido, no mínimo, o título de especialista e está na área de competência dos respectivos conselhos a fiscalização de seu exercício profissional. Permanece, no entanto, o problema da existência de um grande número de praticantes leigos, com níveis de escolarização e de treinamento específico muito diversos.

Tradicionalmente, a regulamentação de profissões, no nosso País, tem reconhecido o direito adquirido dos práticos ou provisionados, adotando-se uma de três formas para sua inclusão: a pura e simples comprovação do exercício profissional por um período de tempo determinado antes da entrada em vigor da lei; a exigência de comprovação de proficiência por meio da apresentação de diplomas e certificados ou da realização de exames; e a concessão de um tempo para que o prático obtenha os títulos acadêmicos exigidos.

Essa é, ao fim, a decisão a ser tomada no âmbito da Comissão de Educação: o tratamento a ser dado aos atuais práticos na regulamentação do exercício profissional da acupuntura no Brasil.

Brasília, 2 de dezembro de 1999.

7.2 - A Medicina Científica Ocidental e o último dos fundamentalismos (2004)

Introdução

Nas duas últimas legislaturas, o Congresso Nacional – e o Senado Federal em particular – foi trazido para dentro de um debate entre a regulação e a tolerância de diferentes medicinas e o espaço da Medicina Científica Ocidental no mercado de trabalho médico.

Proposições legislativas sobre essas questões foram apresentadas, em especial a de regulamentação do exercício de algumas das ‘medicinas alternativas’¹ ou de procedimentos associados a elas², o exercício profissional de determinados técnicos³ e o direito de profissionais de saúde não-médicos de emitir laudos diagnósticos ou requisitar exames de laboratório⁴.

O foco dessa questão está na manutenção de espaços de trabalho e remuneração num mercado caracterizado por elevada competitividade e baixa rentabilidade, nas Regiões Sul e Sudeste do País e nas capitais, situação esta que decorre do excesso de oferta de profissionais e da inadequação da formação de novos médicos, resultado da criação, nas últimas décadas, de novas escolas médicas em regiões já com plethora de profissionais no mercado, cujos reflexos danosos se fazem sentir sobre a criação de demandas artificiais de instalações e procedimentos, a elevação dos custos da assistência médica e o aviltamento do salário dos médicos.

Paralelamente a esse, outro fenômeno se desenvolvia no seio da sociedade brasileira, repetindo o que já vinha acontecendo na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte, a partir da segunda metade da década de setenta: o impressionante crescimento da demanda por alternativas assistenciais representadas por outras racionalidades médicas, entre as quais a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Aiuurvédica ou Tradicional Indiana, a Naturopatia e a Homeopatia, além da permanência de práticas xamanísticas e de saberes médicos tradicionais, remanescentes ou importados das culturas de nossos ancestrais indígenas e africanos. Um mercado – tradicionalmente cativo de uma única medicina, a Medicina Científica Ocidental – passou a ser dividido.

O primeiro sinal de que atos médicos de distintas racionalidades poderiam conviver na mesma rede de serviços ocorreu em 1988 quando uma resolução da Comissão Interministerial de Planejamento⁵ implantou e regulamentou a prática da acupuntura nos serviços de saúde do extinto Inamps. A extensão dessa prática a todos os serviços do SUS só veio a ocorrer dez anos depois⁶, no entanto.

1 Existe, no momento, proposta de regulamentar a Quiropraxia e, na legislatura passada (52ª), foram apresentados vários projetos de regulamentação de Medicina Natural e Medicina Tradicional Chinesa.

2 A regulamentação da acupuntura tem uma tramitação longa e tumultuada no Congresso Nacional.

3 Como, por exemplo, os optometristas.

4 Na legislatura passada (52ª), a Comissão de Assuntos Sociais foi consultada sobre se psicólogos poderiam emitir laudos diagnósticos de saúde mental e se nutricionistas e farmacêuticos podem requisitar exames de laboratório.

5 Resolução Ciplan nº 5, de 3 de março de 1988.

6 Portaria nº 3.950, de 25 de dezembro de 1998, do Ministro da Saúde (reconhece a prática da acupuntura no âmbito do SUS).

A maior proporção de gastos com as ‘medicinas alternativas’, no entanto, não se faz no setor público, mas decorre da compra direta de serviços a profissionais em prática liberal – exatamente a fatia mais desejada e mais significativamente afetada do mercado de trabalho médico.

Racionalidades médicas

Madel Luz e seu grupo de trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro propõem que o estudo e compreensão de sistemas médicos complexos – as diferentes ‘racionalidades médicas’ – se faça a partir de cinco dimensões: uma ‘morfologia humana’, denominada na Medicina Ocidental como ‘anatomia’; uma ‘dinâmica vital’, definida, entre nós, como ‘fisiologia’; uma doutrina médica (‘patologia’); um ‘sistema de diagnose’ (‘semiologia’ e ‘semiotécnica’) e um ‘sistema de intervenção terapêutica’.

Esse conjunto de dimensões se refere a uma sexta que as embasa e explica e que esses autores denominam de ‘cosmologia’.(1)

O conhecimento básico das diferentes ‘medicinas alternativas’ praticadas no País – e não é necessário ser médico para isso – permite ver com clareza que as diferentes medicinas se caracterizam, exatamente, pelas diferenças fundamentais dessas suas respectivas ‘dimensões’.

A Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, identifica e trabalha com estruturas anatômicas – os meridianos e seus pontos – que não são reconhecidos pelas demais medicinas, inclusive a Medicina Científica Ocidental, que busca comprovar cientificamente sua existência, mas não os considera como elementos relevantes para a prática médica.

Da mesma forma, a Medicina Tradicional Chinesa identifica e trabalha com conceitos fisiológicos que não são reconhecidos ou empregados pelas demais. Entre eles estão o de unicidade funcional do baço-pâncreas – que, para a Medicina Científica Ocidental, constituem dois órgãos e duas funções – e o da circulação do Qi, espécie de ‘energia do corpo’, não identificada nem reconhecida pelas demais medicinas.

Nas formas de explicar a causa e a evolução das doenças – a ‘doutrina médica’ de Luz ou a nossa Patologia – encontramos igualmente diferenças significativas. As duas vertentes da Medicina Científica Ocidental – alopática e homeopática – partilham as mesmas anatomia e fisiologia e ambas se propõem como abordagens ‘científicas’, no entanto, explicam a causação das doenças de forma diversa, negando reciprocamente a explicação uma da outra.

Fatores como vento, frio e calor são entendidos como causadores de doenças de maneiras absolutamente distintas pelos médicos chineses, vedas e ocidentais.

Mas as mais radicais diferenças entre as medicinas são encontradas na semiologia e na terapêutica – os sistemas de diagnose e de intervenção terapêutica, na designação de Luz.

A forma de diagnosticar de um médico ocidental alopata é absolutamente divergente da forma e dos meios adotados por seu ‘primo’ homeopata: enquanto o alopata examina o organismo do paciente e analisa amostras de suas partes – cada vez mais com o concurso de máquinas e equipamentos – e valorizando principalmente sinais, o homeopata necessita entrevistar longamente seu paciente para ‘repertoriá-lo’, isto é, listar o conjunto de sintomas do paciente – pesqui-

sado num livro denominado 'Repertório' – até caracterizá-lo como um determinado perfil associado com um determinado medicamento.

Tanto o médico que pratica a Medicina Científica Ocidental como o que pratica a Medicina Tradicional Chinesa examinam o pulso, a língua e os olhos de seu paciente, mas objetivam pesquisar e observar coisas absolutamente distintas: enquanto o médico ocidental mede a frequência, a força e o ritmo do pulso da artéria radial – permitindo inferir condições cardiocirculatórias do paciente – o médico chinês interpreta esses mesmos elementos e sua disposição em pontos e profundidades diferentes como indicativos da 'circulação' ou 'estagnação' do *Qi*, entre outras coisas. 'Pulso cheio' ou 'fraco' têm significados distintos para esses dois tipos de médico.

A terapêutica segue o mesmo padrão. Enquanto alopatas prescrevem medicamentos que combatem as causas e os sintomas da doença, os homeopatas indicam aqueles que produzam sintomas parecidos.

Enquanto as Medicinas Científicas Ocidentais – tanto na sua versão alopática como na homeopática – empregam intensivamente medicamentos produzidos quimicamente, a Medicina Aiuurvédica intervém principalmente por meio da dieta e de fitoterápicos, e a Medicina Chinesa Tradicional por meio de um arsenal terapêutico mais diversificado, baseado em técnicas de intervenção física sobre o corpo – acupuntura, massagem, digitopressão, ventosas, mochas – e na prescrição de medicamentos de origem variada, pouco manufaturados.

Fundamentalismo

O nome 'fundamentalismo' foi criado no início do século 19 para denominar um movimento religioso irrompido nos Estados Unidos da América do Norte, no seio dos batistas – denominação cristã protestante –, caracterizado pela interpretação literal das Escrituras e cuja doutrina foi consolidada em doze pequenos textos do pastor Curtis Lows, conhecidos como os 'Fundamentos da Fé' (*Fundamentals of faith*), origem do nome. No final daquele século, tinha sido adotado por praticantes de várias outras denominações protestantes daquele país, para caracterizar uma doutrina antiliberal.

A partir da Revolução Islâmica do Irã, ao final dos anos 70 do século passado, o termo passou a ser empregado para caracterizar determinadas facções do Islã, associado a comportamentos intolerantes e fanáticos e de rigoroso retorno aos textos sagrados daquela fé.

Essas novas acepções do termo, associadas a fanatismo, intolerância e intransigência, passaram a ser adotadas não apenas em relação à interpretação de textos sagrados e a ideias religiosas, mas também em relação a ideias políticas e científicas.

Fundamentalismo e medicina

Em relação à medicina, em nosso meio, o desenvolvimento de ideias fundamentalistas é parte da resposta da corporação médica à situação do seu mercado de trabalho caracterizado pelo excesso de oferta de profissionais, redução de salários e má qualidade da formação

Os médicos – praticantes da Medicina Científica Ocidental Alopática, hegemônica – passaram a competir por esse mercado não apenas com os demais membros da equipe de saúde

– enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos etc. – como pelo crescente e promissor mercado das ‘medicinas alternativas’, e trataram de buscar obter, por cooptação do Poder Legislativo, o monopólio ou, pelo menos, a maior fatia desse mercado.

Durante muitos anos, a corporação médica – tendo a frente o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira – lutou contra que a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa – reduzida a sua técnica mais visível, a acupuntura – e a Naturopatia, entre outras racionalidades médicas, fossem reconhecidas como conhecimentos e práticas legítimas.

Talvez por ser também científica, a Homeopatia foi mais facilmente metabolizada e integrada como ‘especialidade médica’. O mesmo não aconteceu com a ‘Acupuntura’ cuja tentativa, nos últimos anos, de promovê-la ao mesmo *status* por meio de projetos de lei resultou numa luta sem resultados e sem vencedores que se arrasta no Congresso Nacional por quase vinte anos.

Do ponto de vista da corporação médica brasileira, existe uma única medicina: a Medicina Científica Ocidental. Homeopatia e Acupuntura – não a Medicina Tradicional Chinesa, ainda olhada como uma prática exótica ou primitiva – só ganham *status* sob a forma de ‘especialidades médicas’, isto é, práticas apenas permitidas a médicos formados em Medicina Científica Ocidental. Todas as demais medecinas sofrem, ainda, processo permanente de perseguição que as caracteriza como curandeirismo, charlatanismo ou, no mínimo, exercício ilegal da medicina.

Seu exercício não é regulamentado. Não são objeto de fiscalização. O Conselho Federal de Medicina só trata delas para reprimir sua prática e atua, em verdade, como um bastião da Medicina Científica Ocidental, hegemônica e com poder absoluto, na qualidade de organismo estatal de fiscalização do exercício profissional.

E assim chegamos ao título deste artigo: o último dos fundamentalismos é o reconhecimento da existência de uma única medicina – como o único texto sagrado –, a declaração como não-válidos os conhecimentos científicos e práticas médicas milenares, e intolerância e intransigência para com seus praticantes que não aceitem serem cooptados.

O País vive, sem intolerância, fanatismo ou intransigência, um glorioso pluralismo religioso, político e cultural, mas não se permite – em nome de um mercado e de um poder – a convivência de diferentes medecinas, que, inclusive, poderiam vir a ser contribuições válidas e poderosas para a solução ou, pelo menos a redução, dos graves problemas de saúde de nosso povo.

Brasília, 12 de janeiro de 2004

Referências

1. Luz, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
2. Azevedo, A. C. A. *Dicionário Histórico de Religiões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

7.3 - Deve-se regulamentar as medicinas tradicionais no Brasil (2016)

É politicamente viável regulamentar o exercício das medicinas tradicionais em nosso país? (Supondo que ela seja necessária ou útil) E a vigilância sanitária dos medicamentos utilizados nessas práticas de cura que não se adequam aos cânones da farmácia moderna? Devemos adotar a solução europeia, que estabelece procedimento especial de registro simplificado para medicamentos tradicionais? (1)

Seria viável politicamente a criação de uma agência ou subsecretaria especial de proteção e promoção das medicinas tradicionais? E a revisão das normas sanitárias relativas à normatização e fiscalização sanitária do setor?

Medicinas tradicionais são medicinas pré-científicas desenvolvidas em civilizações antigas e que sobrevivem como conhecimentos e práticas socialmente aceitos tanto nas sociedades atuais que evoluíram daquelas, como em outras cultural e geograficamente afastadas, geralmente sob formas sincretizadas com a Medicina Científica Ocidental.

Várias civilizações desenvolveram uma medicina própria, entendida como um campo de saberes (anatomia, fisiologia, patologia) e práticas (semiotécnica, terapêutica) voltados para o diagnóstico e o tratamento das doenças e, em alguns casos, sua prevenção, refletindo a cosmogonia e o conhecimento vigentes naqueles contextos civilizatórios. Registros históricos mostram a existência de conhecimentos e práticas médicas sistematizadas por volta o ano 2.500 a.C., no Egito Antigo; em torno do ano 2.000 a. C., na China (Medicina Tradicional Chinesa), na Índia (Medicina Aiurvédica) e na Babilônia; no ano 500 a.C., na Grécia (Medicina Clássica ou Hipocrática) e no ano 500 d. C. na civilização Maia.

A Medicina Científica Ocidental é o resultado da evolução histórica da Medicina Grega e sua transformação em medicina científica no final do século XIX.

A medicina hipocrática (de Hipócrates, o principal sistematizador do conhecimento médico na Grécia Clássica) foi transposta para a civilização romana e aperfeiçoada (Medicina Galênica – de Galeno, cirurgião e médico romano de grande sucesso que reformulou a medicina grega praticada em Roma, no século II d.C.). Durante a Idade Média, os conhecimentos médicos greco-romanos foram conservados e difundidos pela civilização árabe, de tal forma que, já nos séculos VII e VIII, tratava-se de uma medicina greco-árabe. Essa medicina foi reformulada pelos árabes e judeus europeus durante os anos da Convivência Ibérica até o século XIV, num movimento que ficou conhecido como neogalenismo, caracterizado pela ampla divulgação dos textos médicos gregos, romanos e árabes e sua reinterpretação.

No século XIX, o desenvolvimento das ciências naturais (botânica, química, óptica, bacteriologia, parasitologia, entomologia) influenciou o desenvolvimento do conhecimento e da prática médicos. Esses avanços, ao permitirem o esclarecimento das causas biológicas das doenças e o desenvolvimento de meios de prevenção (imunização, soroterapia, isolamento, controle de vetores, notificação de casos), ensejaram, no início do século XX, não apenas a generalização de

medidas mais efetivas para o enfrentamento das principais epidemias, como a própria criação de organismos de Estado para a gestão da saúde coletiva. O grande desenvolvimento da tecnologia médica (farmacoterapia, novos métodos diagnósticos e terapêuticos), no entanto, teve de esperar a superação dos grandes conflitos bélicos da primeira metade do século e se fez, com renovado vigor, a partir do pós-guerra, conferindo grande e crescente densidade tecnológica à prática médica e ampliando seus custos, junto com sua eficácia.

A Medicina Científica Ocidental constitui o saber e a prática curativa hegemônicos nas sociedades contemporâneas do Ocidente, refutando como não verdadeiras ou socialmente inaceitáveis as demais medicinas pré-científicas.

Do ponto de vista da tecnologia médica, enquanto a Medicina Científica Ocidental emprega intensivamente meios e procedimentos diagnósticos e terapêuticos tecnificados (técnicas de imagem, endoscopia, instrumentos ópticos etc.) e medicamentos produzidos por processos químicos e em escala industrial, as medicinas tradicionais contam com recursos terapêuticos mais diversificados, mas de menor densidade tecnológica, baseados em técnicas de intervenção direta do médico sobre o corpo (massagem, digito-pressão, acupuntura, ventosas, mochas) e na prescrição de medicamentos de origem variada, pouco manufaturados.

As medicinas tradicionais constituem, assim, sistemas mais ou menos fechados e pouco alterados de conhecimentos e práticas diagnósticos e terapêuticos, pré-científicos, oriundos de diferentes culturas e momentos históricos – como é o caso da Medicina Tradicional Chinesa, conhecida em nosso meio como “acupuntura”, e da Medicina Aiuurvédica, de crescente aceitação em nosso meio. Além dessas, desenvolveram-se e têm, como elas, larga aceitação em nossa sociedade outras formas de cura e cuidado que não seguem o paradigma científico.

Essas outras formas incluem tanto os saberes e práticas de cuidados baseados na utilização de plantas, animais, alimentos e outros produtos tradicionais de determinados grupos populacionais, como o emprego terapêutico de “medicamentos sem princípios ativos quantificáveis” e de “medicamentos com princípios imateriais” (homeopatia, florais) e de “medicamentos tradicionais” (em especial, fitoterápicos), além de outras práticas terapêuticas (naturistas, corporais etc.).

No Brasil, esse conjunto de atores são organizados e representados por uma organização denominada Coletivo Saúde Integral e Cidadania, que reúne associações de praticantes de medicinas tradicionais (chinesa, indiana, japonesa, indígena, afro-brasileira) e de terapeutas de variadas formações (naturalistas, tradicionais, florais, corporais, antroposóficos, aromaterapeutas e fitoterapeutas), e cooperativas (populares, indígenas) e empresas de produção de produtos tradicionais, entre outros.

Em relação a essas medicinas e práticas de cura contra-hegemônicas, repetiu-se, no seio da sociedade brasileira, o mesmo fenômeno que já vinha acontecendo na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte, a partir da segunda metade da década de setenta: o importante crescimento da demanda por alternativas assistenciais representadas por outras racionalidades médicas, entre as quais a Medicina Tradicional Chinesa, a Naturopatia e a Homeopatia, além da

permanência de práticas xamanísticas e de saberes médicos tradicionais, remanescentes ou importados das culturas de nossos ancestrais indígenas e africanos. (2)

O mercado de serviços de saúde – tradicionalmente cativo de uma única medicina, a Medicina Científica Ocidental – passou a ser dividido.

Nos Estados Unidos, onde o mercado de consumo de ‘medicinas complementares e alternativas’ vem sendo monitorado, cada vez mais pessoas estão se voltando para elas. (3) Em 1990, um terço dos norte-americanos tinham recorrido a alguma forma de ‘medicina complementar ou alternativa’; em 2002, essa proporção tinha duplicado, e, em 2007, o Governo estimava que os americanos gastaram com produtos, materiais e consultas a praticantes de ‘medicinas complementares e alternativas’ aproximadamente 11% do total dos gastos familiares diretos (*out-of-pocket*) com cuidados de saúde, perfazendo um total de 34 bilhões de dólares ao ano e correspondendo a mais de três vezes o que gastaram com medicamentos. Os autores sugerem que as razões para isso sejam a maior acessibilidade dessas medicinas e o elevado custo da Medicina Científica Ocidental. (4)

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que 80% da população nos países em desenvolvimento recorram à ‘medicina alternativa’ por razões culturais ou falta de recursos. Paralelamente, a organização vinha registrando, na década anterior, um grande crescimento no número de reações adversas associadas a essas práticas. Veio, então, a público fazer uma advertência em relação ao “uso de técnicas alternativas no tratamento de doenças”, que poderiam trazer graves riscos quando praticadas por pessoas sem qualificação e com o emprego de plantas, e manifestou preocupação com a falta de regulamentação da medicina alternativa. (5)

Em novembro de 2008, no entanto, a OMS convocou uma conferência em Beijing para “expandir a medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde”, sob o argumento de que essa integração “não apenas trará benefícios para os pacientes, como assegurará seu emprego apropriado e seguro”.

Em nosso País, o primeiro sinal de que atos médicos de distintas racionalidades poderiam conviver na mesma rede de serviços ocorreu em 1988 quando uma resolução da Comissão Interministerial de Planejamento (6) implantou e regulamentou “a prática da acupuntura” nos serviços de saúde do extinto INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social). A extensão dessa prática a todos os serviços do SUS (Sistema Único de Saúde, criado com a Constituição de 1988) só veio a ocorrer dez anos depois, sem, no entanto, se institucionalizar realmente.

Nova tentativa nesse sentido foi feita em 2006. Inicialmente, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (7), segundo a qual as secretarias de saúde foram estimuladas a “implantar e implementar as ações e serviços relativos às práticas integrativas e complementares” – limitadas, na prática, à Medicina Tradicional Chinesa, à Homeopatia, à Fitoterapia e ao Termalismo – e, pouco depois, com instituição de uma Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos por meio de um decreto presidencial. (8)

É interessante notar como são cheias de significado as denominações com as quais as outras práticas de diagnóstico e cura são identificadas, desnudando o caráter contra-hegemônico que se

lhes atribui: ‘medicinas complementares e alternativas’, nos Estados Unidos, e ‘práticas integrativas e complementares’, no Brasil. É especialmente significativa a caracterização como ‘alternativas’ ou ‘complementares’ – à medicina ‘convencional’, é claro!

Nos Estados Unidos, essas ‘medicinas’, em verdade, incluem menos a prática de medicinas tradicionais e bem mais o consumo de práticas terapêuticas e medicamentos de variadas naturezas – de fitoterápicos a suplementos alimentares e vitamínicos, inclusive industrializados, – e o emprego de práticas não associadas à medicina, como *yoga*, *tai-chi-chuan* e meditação.

Desconhecemos a existência, no Brasil, de um levantamento de quais práticas e produtos ‘alternativos’, ‘complementares’ ou ‘tradicionais’ estão sendo consumidos por nossa população. A composição dos membros do *Coletivo Saúde Integral e Cidadania* dá uma ideia da sua diversidade. Por outro lado, como vimos, no âmbito do sistema público de saúde está institucionalizada a convivência da Medicina Científica Ocidental com a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia, a Fitoterapia e o Termalismo – mas não de outras medicinas e práticas.

De qualquer forma, lá e cá, a maior proporção de gastos com ‘medicinas alternativas’ não é de gastos públicos, mas decorre da compra direta de produtos e serviços a profissionais em prática liberal – exatamente a fatia mais desejada e mais significativamente afetada do mercado de trabalho médico pelo crescimento delas.

Se existe um campo em que o relativismo e o pluralismo ideológico não vigem é o da saúde. As corporações da Medicina Científica Ocidental (médicos, farmacêuticos, outros profissionais de saúde), e o setor empresarial médico ocuparam todos os espaços de prática e instituições do Estado e da Sociedade que tratam de saúde e medicina.

Do ponto de vista da corporação médica brasileira, existe uma única medicina: a Medicina Científica Ocidental. Homeopatia e ‘acupuntura’ só ganham *status* como ‘especialidades médicas’, isto é, práticas permitidas apenas a médicos formados em Medicina Científica Ocidental, e, no caso da ‘acupuntura’, como especialidade também reconhecida por algumas outras profissões de saúde regulamentadas.

Resolução do CFM, de 1995, reconheceu a cientificidade do procedimento, que foi declarado uma especialidade médica, com exigência de fazer um curso de aproximadamente dois anos de pós-graduação após a faculdade de medicina. Por outro lado, a partir desse mesmo ano, vários conselhos de outras profissões da área da saúde baixaram resoluções contrárias às do CFM, permitindo o uso da técnica por enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, p. ex. A situação foi parar na Justiça. (9)

Nesse contexto, as demais medicinas e práticas curativas são entendidas como curandeirismo, charlatanismo ou exercício ilegal da medicina. Seu exercício não é regulamentado nem objeto de fiscalização. Os conselhos Federal e regionais de Medicina só tratam delas para reprimir sua prática e atuam, em verdade, como um bastião da Medicina Científica Ocidental, na qualidade de organismo estatal de fiscalização do exercício profissional.

Nas arenas políticas e institucionais, essa ideologia desqualifica como não-válidos os conhecimentos e as práticas das demais medicinas que trabalham com paradigmas diferentes, sob o argumento de não serem científicos. (10)

Da mesma forma, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pauta sua atuação regulatória e fiscalizadora em paradigmas da medicina científica para avaliar a qualidade dos serviços, práticas e medicamentos das medicinas tradicionais e, em decorrência, estabelecer inúmeros impedimentos a sua prática, uma vez que não se enquadram nos padrões estabelecidos de 'boas práticas'.

Na medida em que as instituições se organizam sob essa mesma lógica, as soluções apontadas – a criação, por meio de lei ordinária, de uma agência ou subsecretaria especial para a regulação e fiscalização sanitária desse setor e/ou a retirada da sua regulação e fiscalização da competência da Anvisa – encontra óbices legais para sua efetivação pela via legislativa. No primeiro caso, a iniciativa teria de ser do Poder Executivo, uma vez que a Constituição Federal (art. 61, § 1º, inciso I, alínea e) estabelece que são de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que disponham sobre a criação de órgãos da administração pública. No segundo, não há como retirar essa competência da Anvisa sem alterar a legislação de sua constituição, que estabelece a agência como o organismo estatal com competência legal para regular e fiscalizar produtos e serviços de interesse para a saúde.

A proposição de uma norma jurídica nos moldes da *directiva* da Comunidade Europeia, definindo, no âmbito da nossa legislação de vigilância sanitária (11), um procedimento especial e simplificado para o registro de medicamentos tradicionais, atenderia, pelo menos em parte, os interesses do Coletivo Saúde Integral e Cidadania. Tal alteração deverá alcançar o art. 3º (para introduzir os novos conceitos necessários, em especial o de "medicamento tradicional") e o Título II, que trata do registro (para incluir o procedimento especial de registro simplificado daqueles medicamentos).

Ela certamente encontraria grande resistência entre setores do governo e da comunidade médica e farmacêutica e, se aprovada, constituiria um espaço de enfrentamento permanente dos paradigmas das medicinas científica e tradicionais no seio das instituições do Estado.

Referências

1 Parlamento Europeu. Directiva 2004/24/CE, de 31 de março de 2004, que altera a Directiva 2001/83/CE, que estabelece um código comunitário sobre medicamentos para uso humano, para estabelecer um procedimento especial de registro simplificado para determinados medicamentos tradicionais.

2 Luz, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 1997; 7(1):13-43.

3 Su, D. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2011; 22: 295-309.

4 Estados Unidos. National Center for Health Statistics do Centro de Controle de Doenças. NCAAM/CDC Report: Cost of Complementary and Alternative Medicine and Frequency of Visits to CAM Practitioners: 2007. Washington: 2009.

5 OMS alerta para riscos da medicina alternativa. *Jornal do Comércio* (Rio de Janeiro), 23 de junho de 2004.

6 Brasil. Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação. Resolução Ciplan nº 5, de 3 de março de 1988.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

8 Brasil. Decreto nº 5.813, de 26 de junho de 2006, que cria a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.

9 Disputa na Justiça para exercer acupuntura. *Gazeta Mercantil*, 19 de abril de 2002.

10 Amato Neto, V. e Pasternak, J. Medicina alternativa. *Folha de São Paulo*, 10 de julho de 2006.

11 Brasil. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.



LUIZ CARLOS PELIZARI ROMERO NASCEU EM PORTO ALEGRE, RS. FORMOU-SE EM MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS), ESPECIALIZOU-SE EM SAÚDE PÚBLICA NA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP) E EM DIREITO SANITÁRIO NA FIOCRUZ. É MESTRE EM SAÚDE COLETIVA PELA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB).

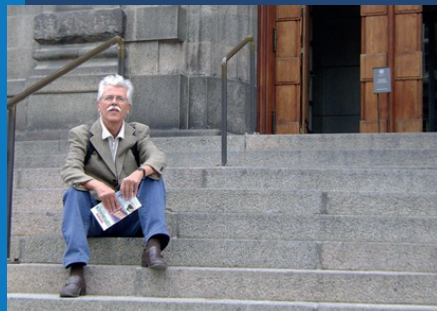
DESENVOLVEU SUA VIDA PROFISSIONAL COMO MÉDICO DE SAÚDE PÚBLICA, TENDO ATUADO COMO EPIDEMIOLOGISTA REGIONAL DA SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS, NA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE, NO RIO JANEIRO; E NO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ONDE EXERCEU O CARGO DE COORDENADOR DOS PROGRAMAS NACIONAIS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E CONTROLE DO TABAGISMO. TAMBÉM FOI RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE TREINAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA AIDS.

NOS ÚLTIMOS ANOS, ATUOU COMO CONSULTOR LEGISLATIVO NO SENADO FEDERAL, PRESTANDO CONSULTORIA E ACESSORAMENTO A SENADORES E COMISSÕES DA CASA. FOI EDITOR CIENTÍFICO DO PERIÓDICO CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO E É EDITOR CIENTÍFICO DO JORNAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA, PUBLICADO PELO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA (INAF), DE SALVADOR, BA.

É CASADO, TEM UMA FILHA E RESIDE EM BRASÍLIA, DF.

PUBLICAÇÕES DO AUTOR:

- 1) ESTUDOS DE DIREITO SANITÁRIO (COM MARIA CÉLIA DELDUQUE). SENADO FEDERAL: SECRETARIA DE EDIÇÕES, 2011;
- 2) SAÚDE & POLÍTICA: A DOENÇA COMO PROTAGONISTA DE HISTÓRIA. BRASÍLIA: OUTUBRO EDIÇÕES, 2019;



LUIZ C. P. ROMERO, COPENHAGEN, MAIO 2009



ISBN: 978-65-88309-02-5

