



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ – CESUPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL

VICTÓRIA VASCONCELOS SÁ

**A CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E OS IMPACTOS NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE BRASILEIRO**

BELÉM/PA
2023

VICTÓRIA VASCONCELOS SÁ

**A CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E OS IMPACTOS NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito, junto ao Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

Área de Concentração: Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

Linha de Pesquisa: Direito, Políticas Públicas e Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Alex de Souza Simões.

BELÉM/PA
2023

VICTÓRIA VASCONCELOS SÁ

**A CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E OS IMPACTOS NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA

Orientador: Prof. Dr. Sandro Alex de Souza Simões

Banca Examinadora

Prof. Dr. Sandro Alex de Souza Simões
Centro Universitário do Estado do Pará

Prof. Dr. Robertsonio Santos Pessoa
PPGD - UFPI

Prof. Dr. José Claudio Brito Filho
Centro Universitário do Estado do Pará

Belém, 30 de outubro de 2023

Avaliação: _____

Belém/PA
2023

O SENHOR é o meu pastor; nada me faltará. Ele me faz repousar em pastos verdejantes. Leva-me para junto das águas de descanso; refrigera-me a alma. Guia-me pelas veredas da justiça por amor do seu nome. Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, não temerei mal nenhum, porque tu estás comigo; o teu bordão e o teu cajado me consolam. Preparas-me uma mesa na presença dos meus adversários, unges a minha cabeça com óleo; o meu cálice transborda. Bondade e misericórdia certamente me seguirão todos os dias da minha vida; e habitarei na Casa do SENHOR para todo o sempre.

(Salmo 23:1-6).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por possibilitar a concretização deste projeto, concedendo-me saúde, força de vontade e resiliência para cumprir minha missão terrena.

A Nossa Senhora de Fátima, por interceder ao Senhor com seu amor, cobrindo-me e protegendo-me com seu manto sagrado a cada passo meu.

À minha querida avó Célia, que por diversos meios demonstra genuinamente seu grande amor, nunca tendo se recusado a investir nos meus estudos, sempre acreditando no meu potencial. A ela, amor e gratidão incondicionais.

À minha amada mãe Nazaré, que abdicou de tantas coisas por amor a mim e às minhas irmãs. Amor e admiração eterna pelo cuidado a nós direcionado.

Aos meus tios e dindos, Regina e Raphaell, que nunca duvidaram da minha capacidade e sempre me estimularam a lutar pelos meus propósitos, permanecendo na torcida a cada página dessa história que se chama vida.

Às minhas amadas irmãs, Isabela e Louise, que compartilham a vida comigo e atribuem a ela um significado singular e especial.

À minha irmã de alma Camille Samara (in memoriam), que sempre acreditou em mim, me amando incondicionalmente e concretizando a palavra amizade em todas as dimensões possíveis e inimagináveis. Estendo os agradecimentos à sua família, Tia Cristina, Tio Juraci e Diego, que permanecem comigo.

À minha amiga e sócia, Evellyn, que a cada dia une propósitos e sonhos comigo.

Ao meu namorado, Matheus Pantoja, que me traz alegria, tornando a minha caminhada muito mais leve com seu companheirismo e amor.

Às minhas amigas, Lorrana D'oliveira, Catarina Nascimento e Marina Almeida que, com muita parceria, amizade e amor, se tornam sustento na minha caminhada.

Ao meu orientador, Sandro Alex de Souza Simões, que com seu notório conhecimento contribuiu para a escolha do tema em decorrência da disciplina ministrada no mestrado, bem como se dispôs a me acompanhar na elaboração deste trabalho, sempre com muita paciência, cordialidade e enriquecedores ensinamentos.

Por fim, a toda a comunidade acadêmica do CESUPA!

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo principal analisar o uso crescente e irracional de medicamentos que, muitas vezes, é fomentado pela Indústria Farmacêutica e por um marketing considerado agressivo, que comercializa os fármacos como “pílulas mágicas que seriam capazes de curar tudo”. Isso traz sérios riscos à saúde da população diante da escolha inadequada de medicamentos, exposições indevidas a reações adversas dos fármacos, aumento da resistência bacteriana e aumento da automedicação. Este uso exacerbado de fármacos corresponderia, em grande parte, ao chamado fenômeno da medicalização, conceituado por Conrad (2007, p. 19) como um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, impondo o risco de sobrecarga ao sistema de saúde brasileiro e retirada de foco e verbas de patologias propriamente ditas. Isso traz à tona o questionamento sobre se certas situações não deveriam ser tratadas como problemas sociais, ao invés de como problemas médicos. Para tanto, o presente trabalho reúne informações para enfrentar o seguinte problema de pesquisa: Denominada a medicalização, o Brasil é influenciado por esta cultura? Se sim, que impactos a medicalização pode ter no Sistema Único de Saúde Brasileiro? Para atingir os fins almejados, a pesquisa é estruturada em cinco itens, sendo o primeiro a introdução; o segundo se destina à análise da saúde e doença em perspectiva histórica; o terceiro ao conceito e contornos da medicalização; o quarto à saúde como produto de consumo e o quinto e último à dispensação orçamentária de medicamentos. A pesquisa utilizou, portanto, como procedimento pesquisas bibliográficas. Por fim, a pesquisa concluiu que o Brasil é influenciado pela medicalização da saúde, ao passo que tal fenômeno e a necessidade de racionalizar o uso de medicamentos são reconhecidos pelos próprios órgãos responsáveis pela gestão do SUS. Ato contínuo, depreendeu-se que a medicalização reflete em um considerável impacto orçamentário no Sistema Único de Saúde brasileiro, visto que o aumento do quantitativo de medicamentos, tecnologias e procedimentos a serem custeados pela administração pública diante da medicalização tensionam o sistema e causam desorganização.

Palavras-chave: Medicalização; medicamentos; Sistema Único de Saúde; impactos orçamentários.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the increasing and irrational use of medications, often fueled by the Pharmaceutical Industry and aggressive marketing that promotes drugs as "magic pills capable of curing everything." This poses serious risks to the population's health due to the inappropriate choice of medications, improper exposure to drug adverse reactions, increased bacterial resistance, and self-medication. This excessive use of drugs corresponds, in large part, to the phenomenon known as medicalization, conceptualized by Conrad (2007, p. 19) as a process in which non-medical problems are defined and treated as medical, imposing the risk of overloading the Brazilian healthcare system and diverting focus and funds from genuine pathologies. This raises the question of whether certain situations should be treated as social issues rather than medical problems. To this end, this study gathers information to address the following research problem: Is Brazil influenced by this culture of medicalization? If so, what impacts can medicalization have on the Brazilian Unified Health System? To achieve the desired goals, the research is structured into five sections, with the first being the introduction; the second is dedicated to the analysis of health and disease from a historical perspective; the third focuses on the concept and contours of medicalization; the fourth addresses health as a consumer product, and the fifth and final section concerns the budgetary allocation of medications. The research therefore used bibliographic research as a procedure. Finally, the research concluded that Brazil is influenced by the medicalization of health, as both this phenomenon and the need to rationalize the use of medications are recognized by the responsible bodies for SUS management. Subsequently, it was deduced that medicalization results in a considerable budgetary impact on the Brazilian Unified Health System, since the increase in the quantity of medications, technologies, and procedures to be funded by the public administration in the face of medicalization strains the system and causes disorganization.

Key-words: Medicalization; medications; Unified Health System; budgetary impacts.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| A.C. | Antes de Cristo |
| Al. | Alínea |
| Anvisa | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| Apud | Citado Por |
| Art. | Artigo |
| Cap. | Capítulo |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CFF | Conselho Federal de Farmácia |
| CHADD | <i>Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i> |
| Cia. | Companhia |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição |
| Cit. | Citado |
| Cm | Centímetro |
| Col. | Coluna |
| Conitec | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS |
| Dr. | Doutor |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| E.G. | Por Exemplo |
| Ed. | Edição |
| Esp. | Especialmente |
| Et Al. | E Outros |
| Etc. | Et Cetera |
| Ex. | Exemplo |
| Fig. | Figura |

| | |
|-----------------|---|
| FTN | Formulário Terapêutico Nacional |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| Ibid. | Na Mesma Obra |
| Kg | Quilograma |
| Mg | Miligrama |
| ml | Mililitro |
| Mm | Milímetro |
| MSF | Médicos Sem Fronteiras |
| N. | Número |
| Obs. | Observação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| Op. Cit. | Na Obra Citada |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| Org. | Organização |
| P./Pág. | Página |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas |
| Pnaf | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNAUM | Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| Sec. | Seção |
| Séc. | Século |
| Seg. | Seguinte |
| Sigtap | Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS |
| SINITOX | Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas |

| | |
|-----------------|---|
| Sr. | Senhor |
| Sra. | Senhora |
| St. | Santo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TDAH | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| TPM | Tensão Pré-Menstrual |
| V./ Vol. | Volume |
| Vols. | Volumes |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | SAÚDE E DOENÇA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA..... | 17 |
| 2.1 | A “ORIGEM” DAS DOENÇAS..... | 17 |
| 2.2 | A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS..... | 24 |
| 2.3 | SAÚDE PÚBLICA E O ESTADO..... | 28 |
| 3 | MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: CONCEITO E CONTORNOS DO PROBLEMA..... | 38 |
| 3.1 | O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS..... | 43 |
| 3.2 | AMPLIAÇÃO DE GASTOS, INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E O TDAH..... | 48 |
| 4 | SAÚDE COMO PRODUTO DE CONSUMO..... | 58 |
| 4.1 | TRATAMENTO EXPANSIVO COM ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS..... | 60 |
| 4.2 | RECOMENDAÇÕES E ESTRATÉGIAS EM TORNO DO USO DE MEDICAMENTOS..... | 62 |
| 5 | DISPENSAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS MEDICAMENTOS..... | 69 |
| 5.1 | O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)..... | 72 |
| 5.2 | GASTOS COM MEDICAMENTOS..... | 75 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 82 |
| | REFERÊNCIAS..... | 89 |

1 INTRODUÇÃO

A construção histórica em torno dos conceitos de saúde e doença que conhecemos atualmente foi gradual, perpassando pelo caráter religioso que era atribuído ao conceito de doença a nível primitivo na Idade Média, geralmente formulado em termos sobrenaturais (Rosen, 2015, p. 62). Uma vez que a doença era considerada um castigo divino, bem vigorava a ideia de que a saúde poderia ser restabelecida por orações, magia e rituais, sendo a higiene, neste cenário, visada sobretudo para garantir a purificação do corpo perante a Deus (Porter, 2005, p. 20).

Com o passar do tempo e com a necessidade de conter o avanço de certas doenças, como a peste negra e, sobretudo, para proteger a ordem econômica e política (Porter, 2005, p. 44), o pensamento em torno da doença e saúde foi sendo alterado, passando a haver a necessidade de que o Estado reconhecesse a importância da saúde pública, tendo em vista seus impactos não apenas sociais, mas também econômicos. Visto que o alastramento desenfreado de certas doenças poderia ocasionar descontentamentos da população e a desordem social e, por consequência, ameaçar a ordem econômica e política (Porter, 2005, p. 44).

Nesse sentido, destaca-se a consciência do governo de que o meio para se aumentar a riqueza e o poder nacional seria uma grande população, de modo que para esta população estar sob controle do governo, deveria estar provida no sentido material, passando a ser reconhecido em todos os lugares que o uso efetivo de uma população dentro de um país exigiria atenção aos problemas de saúde (Rosen, 2015, p. 101).

No período da mercantilização, com o crescimento da indústria, a produção passou a ser considerada uma questão diretamente relacionada à geração de renda nacional, visto que eventual perda na capacidade laborativa devido a doenças teria impactos econômicos e políticos.

Neste sentido, a construção da saúde pública, que foi se formando historicamente levou em consideração diversos aspectos, sobretudo econômicos e políticos, destacando-se os métodos estatísticos derivados da denominada aritmética política estabelecida por William Petty (1623-1687), que reconheceu a relevância de uma população saudável como “fator de opulência e poder nacional” (Rosen, 2015, p. 101), tornando-se os problemas relacionados à saúde pública uma preocupação nacional (Rosen, 2015, p. 104).

Nesse contexto da saúde pública sedimentada ao longo da história, surge então o chamado fenômeno da medicalização, conceituado por Conrad (2007, p. 19) como um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios, decorrente da utilização crescente e intensiva de medicamentos que acaba sendo incentivada, em grande parte, por interesses mercantis que muitas das vezes são divulgados como “pílulas mágicas”, que tudo seriam capazes de curar (Barros, 2012, p. 89).

A produção massificada de medicamentos por indústrias e laboratórios farmacêuticos teria ganhado propulsão pela intenção de lucro da sociedade capitalista, de modo que a saúde teria passado a ser encarada como “uma mercadoria hábil a exibir uma realidade desprovida de doenças” (Blank; Brauner, 2009, p. 8).

Isso porque há uma expressiva relevância econômica do mercado farmacêutico na atualidade, oscilando entre o primeiro e quarto lugar como atividade mais lucrativa do mundo, concorrendo muitas vezes com bancos internacionais, já tendo chegado a movimentar, em 2005, 590 bilhões de dólares (Garrafa; Lorenzo, 2012, p. 21), o que faz, inevitavelmente, que os usuários dos serviços médicos sejam vistos como consumidores dentro de um complexo científico-industrial-tecnológico que é alvo de maciços investimentos, sobretudo privados.

Os fármacos voltados para muitos e variados fins viram alvo de um marketing muitas vezes agressivo, respaldado pela estratégia de produtores que tornam os fármacos itens de consumo, objetivando para além da saúde, a felicidade (Barros, 2012, p. 90).

Dessa forma, com um incentivo crescente e intensivo quanto ao uso de medicamentos, sobretudo fundado em interesses mercantis, que divulgam os fármacos como “pílulas mágicas” que tudo seriam capazes de curar (Barros, 2012, p. 89), ocasionando a medicalização da prática médica.

Nesse ínterim, salienta-se a preocupação em torno do uso irracional de medicamentos, mormente considerando que nesta perspectiva se perceberia um viés mercadológico na relação médico-paciente, concretizado por uma “ingestão irracional do medicamento prescrito, ou não, por um médico descompromissado com o bem-estar do doente, fruto de uma crescente medicalização da saúde” (Blank; Brauner, 2009, p. 8). Isto decorreria de um enfraquecimento das relações médicas mais próximas, de escuta e acolhimento, substituídas por uma prescrição indistinta e frenética de medicamentos.

Conrad (2007, p. 18) aborda que, nas últimas décadas, os profissionais médicos identificaram diversos problemas que se tornaram distúrbios ou doenças comumente conhecidos, o que levou ao aumento de problemas definidos como médicos, sendo um dos riscos decorrentes do fenômeno da medicalização a transformação de aspectos da vida cotidiana em patologias.

Nesse viés, na contemporaneidade, deparamo-nos com um número cada vez maior de doenças. Mas será que este fato está efetivamente relacionado a um progresso da medicina e/ou aumento do número de diagnósticos, ou estamos vendo como doenças a serem tratadas com produtos médicos situações que não necessariamente são patológicas?

De um lado, verifica-se que de fato parte do aumento do número de categorias está relacionado ao aumento do número de diagnósticos, o que foi reportado, por exemplo, no Manual Diagnóstico e Estatístico que em 1952 apurou 106 diagnósticos e em 1994, 300 distúrbios. De outro lado, está relacionado à incidência de fatores sociais, como a diminuição da religião, o progresso científico, o aumento de prestígio da profissão médica, a propensão americana para soluções tecnológicas para problemas, dentre outros (Conrad, 2007, p. 23), o que indica que há uma tendência de que algumas situações não necessariamente patológicas sejam enquadradas como "problemas médicos".

Diante de todos esses aspectos, o objetivo principal do presente trabalho é analisar o uso crescente e irracional de medicamentos que, fomentado muitas vezes pela Indústria Farmacêutica e por um marketing considerado agressivo, traz sérios riscos à saúde da população diante da escolha inadequada de medicamentos, exposições indevidas a reações adversas dos fármacos, aumento da resistência bacteriana e aumento da automedicação. Este uso exacerbado de fármacos corresponderia, em grande parte, ao chamado fenômeno da medicalização, impondo o risco de sobrecarga ao sistema de saúde brasileiro e retirada de foco e verbas de patologias propriamente ditas, o que também traz à tona o questionamento sobre se certas situações não deveriam ser tratadas como problemas sociais ao invés de como problemas médicos.

Nesse viés, o objetivo geral da presente pesquisa é: "denominada a medicalização da saúde, o Brasil é influenciado por esta cultura?"

Como objetivo específico, temos: "Que impactos a medicalização pode ter no Sistema Único de Saúde brasileiro?"

Ocorre que, com um interesse e demanda cada vez maior de medicamentos, há um indicativo de descontrole dos orçamentos públicos para suportar estas demandas, bem como um elevado risco de que os serviços não sejam prestados de forma equitativa, em atenção ao preceito constitucional de que "a saúde é um direito de todos a ser garantido pelo estado".

Para chegar a uma resposta, abordar-se-á na seção 2 a "Saúde e doença em perspectiva histórica"; na seção 2.1 a "origem das doenças"; na seção 2.2 "a institucionalização dos serviços médicos"; na seção 2.3 "a saúde pública e o Estado".

Nessa segunda seção e suas respectivas seções, o intuito é o de situar o leitor acerca da perspectiva de saúde e doença que se formaram ao longo do tempo para compreender-se como chegamos à conjuntura da atual saúde pública. Como referências principais, utilizou-se os estudos de Porter (2005) e Rosen (2015), pela relevância das leituras, bem como pela escassez de literaturas sobre o tema da história da doença e saúde pública no Brasil.

Na seção 3 abordar-se-á a "medicalização da vida: conceito e contornos do problema". Na seção 3.1 "Gênero e Medicalização"; na seção 3.2 "Viés Mercadológico, Indústria Farmacêutica e Ambiente Regulatório mais flexível"; na seção 3.3 o "Crescimento da Comunidade Médica".

Nessa terceira seção e suas respectivas seções, o intuito é o de possibilitar a compreensão do conceito de medicalização, bem como de seus contornos e fatores relacionados, para que posteriormente se possa compreender seus eventuais impactos sobre o sistema de saúde brasileiro. Aqui, as referências principais utilizadas foram a de Conrad (2007) e a Brasil (2022).

Na seção 4, abordar-se-á "a saúde pública como produto de consumo". Na seção 4.1 o "tratamento expansivo com antidepressivos e ansiolíticos" e na seção 4.2 as "recomendações e estratégias em torno do uso de medicamentos".

Nessa quarta seção e suas respectivas seções, pretende-se dispor ao leitor a relação do fenômeno da medicalização com as estratégias da indústria farmacêutica e dos interesses capitalistas que se refletem em um marketing expressivo em torno dos fármacos. Como referências principais, utilizou-se Rabello e Júnior (2012); Barbi et al. (2019) e Brasil (2019).

Por fim, na seção 5 abordar-se-á a "dispensação orçamentária de medicamentos". Na seção 5.1, "o processo de avaliação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS)" e na seção 5.2 os "gastos com medicamentos".

Nesse quinto e último capítulo e suas respectivas seções, pretende-se informar ao leitor alguns dados relacionados aos eventuais e efetivos impactos da medicalização no sistema público de saúde brasileiro. A referência principal foram os textos do IPEA de Vieira (2019).

Dessa forma, a pesquisa utilizou como procedimento pesquisas bibliográficas.

2 SAÚDE E DOENÇA EM PERSPECTIVA HISTÓRICA

Porter (2005, p. 17) faz uma abordagem sobre a influência da saúde na organização social, funcionamento do poder e sistema de crenças e valores nas sociedades europeias no decorrer da história, o que possibilita vislumbrar o significado da saúde da população em diferentes contextos.

Nesse sentido, perpassa-se pelo contexto do mundo antigo, em que a busca pela limpeza corporal e ambiental tinha justificativas espirituais e materiais, o que fomentou que a igreja aumentasse sua autoridade social, procedendo a um isolamento institucionalizado dos contagiosos em substituição ao comportamento de rejeitar aqueles que seriam espiritualmente impuros em uma sociedade, o que poderia ser visto como uma forma de autoridade legítima para regular o comportamento social (Porter, 2005, p. 18).

Quanto ao surgimento da doença, destaca-se a relação entre a substituição da caça e coleta pela domesticação de animais e colheitas no abastecimento de alimentos da sociedade e as doenças vivenciadas, abordando-se que o encurtamento da cadeia alimentar propiciou a proliferação de formas microparasitárias (Porter, 2005, p. 19).

Neste sentido, a domesticação de animais conjuntamente com a colonização teriam sido fatores fulcrais para a alteração do ambiente patológico da espécie humana (Porter, 2005, p. 19).

Neste viés, conforme abordado por Rosen (2015, p. 61), a vida em comunidade seria uma das maiores problemáticas de saúde enfrentadas pela humanidade no decorrer da história, de onde teria surgido a saúde pública, estando inseridos seus desdobramentos como controle de doenças transmissíveis, o controle/melhoria do saneamento, o fornecimento de água e alimentos de boa qualidade e em oferta suficiente, bem como a prestação de cuidados médicos, aspectos adiante apurados.

2.1 A “ORIGEM” DAS DOENÇAS

Rosen (2015, p. 62) aborda que desde que o homem vive na terra, a doença o atormenta, perpassando pela questão de que estudos de paleopatologia demonstram a antiguidade da doença, bem como que sempre ocorreu em formas básicas como as

que ainda acontecem na contemporaneidade, a exemplo de infecções, inflamações, traumatismos, tumores e afins.

Contudo, em que pese muitos dos tipos básicos de doenças terem se mantido ao longo do tempo, a incidência certamente variou de acordo com o período e local histórico (Rosen, 2015, p. 62), sendo relevante observar o conceito predominante da natureza da doença ao longo do tempo.

Rosen (2015, p. 62), nesse sentido, pontua que o conceito de doença a nível primitivo era geralmente formulado em termos sobrenaturais.

De igual forma, Porter (2005, p. 19) assinala que não há muitos registros acerca dos regimes de doença da pré-história, porém antigos protocolos de saúde e limpeza delineiam que os sistemas médicos antigos dependiam de explicações místicas e religiosas para a doença, o que tinha reflexo, por consequência, nos métodos de tratamento para a cura, verificados em métodos empíricos, filosóficos e espirituais.

Nesse viés, médicos chineses relacionavam a saúde física ao bem-estar moral e à serenidade espiritual, bem como a medicina egípcia antiga entendia que a doença era resultado do desequilíbrio entre a existência temporal e espiritual que seria restabelecida por orações, magia e rituais, sendo a higiene, neste cenário, visada, sobretudo para garantir a purificação do corpo perante a Deus (Porter, 2005, p. 20).

Não obstante, em que pese no mundo antigo o conceito de saúde estar muito relacionado ao que era “natural” e “sobrenatural”, os astecas e incas observaram a natureza sazonal das doenças epidêmicas, tendo os incas instituído uma cerimônia anual de saúde que incluía a limpeza de todas as casas (Porter, 2005, p. 21).

Referida cerimônia da saúde ocorria sempre no mês de setembro e no início da estação chuvosa que era associada a doenças, sendo feitas orações, oferendas aos deuses e a limpeza completa das casas (Rosen, 2015, p. 62).

Nesse sentido, Rosen (2015, p. 61) aborda que desde as primeiras civilizações há evidências de atividades relacionadas à saúde comunitária, a exemplo de que em antigas cidades indianas, as ruas eram largas, pavimentadas e drenadas por esgotos abertos.

Nessa perspectiva histórica, é importante considerar que quando médicos começaram a desenvolver explicações naturais de saúde e doença nas escolas pré-socráticas em substituição ao caráter sobrenatural da doença, ainda assim eram envolvidos por muitos elementos místicos de crença (Porter, 2005, p. 21).

Contudo, alguns desses médicos, que muitas vezes eram filósofos gregos, desenvolveram importantes teorias, que posteriormente foram absorvidas pela tradição hipocrática da medicina (Smith, 1978, p. 35 *apud* Porter, 2005, p. 22).

A despeito disso, Porter (2005, p. 21-22) aborda que Alcmaeon desenvolveu uma teoria baseada na ideia de que a harmonia cósmica resultou na mistura de opostos, a exemplo de que muito calor causava febre e muito frio causava calafrios, raciocínio continuado por Empédocles de Agrigento (504-443 a.C.) que aplicou a teoria do equilíbrio harmonioso aos quatro elementos físicos: fogo, terra, ar e água, como base de saúde.

Posteriormente, a medicina do famoso médico Hipócrates, conhecido popularmente como o pai da medicina, que viveu entre 460 e 361 a.C., teria se afastado radicalmente das tradições religiosas e místicas de cura, passando a enfrentar a doença como um evento natural que não seria causado por forças sobrenaturais (Porter, 2005, p. 22).

Nesse sentido, a medicina de Hipócrates começou a focalizar não na doença, mas sobretudo na prevenção direcionada ao paciente, sendo destacado o sistema de dietética que elaborou, visando restaurar a saúde por meio de regimes adequados (Porter, 2005, p. 22).

Conforme Smith (1978, p. 36 *apud* Porter, 2005, p. 22), a tradição hipocrática representava a medicina como um ofício empírico que adaptava métodos e regimes de cura e cuja principal função terapêutica era o prognóstico baseado na observação clínica.

A respeito da fisiologia hipocrática, é importante pontuar que esta supunha que os quatro elementos essenciais do universo físico eram espelhados no corpo por quatro fluidos ou humores, quais sejam o sangue, bile negra, bile amarela e fleuma, de modo que cada um desses elementos cósmicos detinha certas qualidades (Porter, 2005, p. 22).

Em síntese, o fogo era quente e seco, a terra era fria e seca, o ar era quente e úmido e a água era fria e úmida, de modo que a saúde corporal seria mantida se houvesse o correto equilíbrio dos humores (Porter, 2005, p. 22).

Ainda, fora reconhecido pela medicina hipocrática que a saúde e a doença eram afetadas por fatores como a estação do ano e a qualidade dos ambientes, passando as doenças a serem estudadas a partir do exame de causas externas (Porter, 2005, p. 22).

O tratado de Hipócrates retratado pelo seu texto central “*On Airs, Waters, Places*” teria servido como um guia para a colonização ao versar sobre como, por exemplo, as casas deveriam ser construídas para dispor de um ambiente saudável, sendo sugerido, inclusive, que os médicos deveriam ajudar a escolher os lugares para o estabelecimento de novas comunidades (Porter, 2005, p. 23).

No período pós-hipocrático, a filosofia e a medicina gregas substanciadas pelos ideais de Hipócrates foram difundidas por filósofos e médicos itinerantes em todo o mundo helenístico, o que contribuiu para investigações inovadoras sobre anatomia e fisiologia em Alexandria (Porter, 2005, p. 23).

Nesse sentido, os novos estudos resultaram em conhecimentos sobre órgãos internos do organismo, tendo os empiristas avançado nos estudos de sintomologia, farmacologia e cirurgia, passando a rejeitar o humoralismo (Porter, 2005, p. 23).

Não obstante, em que pese as novas descobertas, a influência grega continuou presente na medicina romana, que, igualmente, enfatizou a importância de regimes pessoais e dietéticos para evitar doenças, tendo o famoso médico grego do império romano, Galeno, disposto sobre o que seria “natural” (constitucional inato), “não natural” (ambiental) e causas sobrenaturais (patológicas) de saúde e doença que afetaria o equilíbrio dos humores dentro do corpo (Porter, 2005, p. 23).

Dessa forma, Galeno teria adaptado a filosofia dos humores a um sistema de fisiologia e patologia no qual o sangue era considerado o humor primário, de modo que todas as doenças poderiam ser controladas ou tratadas por sua regulamentação, privilegiando, assim, o equilíbrio humoral (Porter, 2005, p. 23).

Ademais, Galeno observou que vários fatores poderiam ter potencial patológico ao organismo, desde mudanças internas ocasionadas pelo peso e gravidez, por exemplo, até mudanças externas como banhos quentes/frios e grandes refeições (Porter, 2005, p. 23).

No que tange às doenças propriamente ditas, Rosen (2015, p. 64) aborda que foi na literatura da Grécia clássica que houve os primeiros relatos claros de doenças transmissíveis, sendo destacada a descrição clínica de caxumba no livro *Epidemias I* e doenças endêmicas como resfriados, pneumonia, malária e inflamação nos olhos nas obras de Hipócrates, destacando também que na literatura médica clássica constava menção a severas dores de garganta que terminavam inclusive em morte.

Contudo, é feita a ressalva de que a ambiguidade dos termos empregados à época afastavam-se da convicção acerca das doenças envolvidas, a exemplo de que

a palavra grega *kynanche* (*cynanche*) fora aplicada a diversas formas de doenças inflamatórias da garganta e laringe (Rosen, 2015, p. 64).

Porter (2005, p. 34), por sua vez, destaca que as doenças do mundo antigo são difíceis de determinar. No entanto, as evidências apontam para a prevalência persistente de varíola, febre tifóide, difteria, cólera, tifo, carbúnculo, escarlatina, sarampo, epilepsia, tracoma e gonorreia, bem como a malária, doença que médicos gregos do século V a.C. estavam muito familiarizados, havendo consideráveis referências sobre o assunto nos escritos de Hipócrates (Rosen, 2015, p. 65).

Contudo, com o desenvolvimento de novos métodos de produção no decorrer na Idade Média, novas doenças começaram a prevalecer principalmente em decorrência da fome e miséria vivenciadas pela maioria dos camponeses pobres, o que fez insurgir doenças epidêmicas, a exemplo do raquitismo, escorbuto e pelagra (Porter, 2005, p. 34).

Em decorrência da expansão da urbanização acima referida, a soma de fatores sociais, econômicos e demográficos refletiu para a disseminação de infecções durante a Idade Média, a exemplo da lepra, tuberculose e os “suores ingleses” (atual gripe) (Porter, 2005, p. 34).

Porter (2005, p. 36) dispõe, nesse sentido, sobre as casas de pragas ou lazaretos instaladas em toda a Europa ocidental, que recebiam, para se manter, dízimos, aluguéis e pedágios de bispos e abades, sendo os leprosos à época considerados como uma responsabilidade cívica (Porter, 2005, p. 36).

Entretanto, um ponto ressaltado por Porter (2005, p. 36) para além da questão de saúde diz respeito aos contornos sociais, sobretudo destinados aos leprosos, ao abordar que estes eram exilados da sociedade por toda a vida ao passo que eram considerados socialmente mortos antes de se consolidar a morte física.

No que diz respeito às questões sanitárias, no final da Idade Média os regulamentos sanitários cobriam a limpeza das ruas, a remoção do lixo e as restrições de abate de animais, contudo a manutenção de gados nas residências de moradores urbanos acentuou problemas de acúmulo de lixo (Porter, 2005, p. 36).

Rosen (2015, p. 69) esclarece que muitas cidades antigas como Atenas e Roma tinham sistemas de esgoto, não obstante, os serviços municipais que relacionamos atualmente à saúde pública são pouco referidos na antiguidade (Rosen, 2015, p. 67).

Ainda no tangente às doenças que maculavam a sociedade medieval, Porter (2005, p. 41) dispõe sobre a peste negra, que constituiu uma verdadeira perturbação social e ameaça à ordem social, considerando seu potencial de alastramento.

Referido cenário fomentou uma ampla intervenção da autoridade política nas relações sociais e econômicas à época, inicialmente verificada pela recusa de embarcações que viajavam de áreas suspeitas, até o fechamento dos portos, isolamento sistemático de navios e viajantes através da chamada quarentena.

No entanto, não havia uma ideia singular sobre a etiologia da peste no final do período medieval, de modo que inúmeras combinações de causas poderiam explicar, desde o pecado até influências sazonais e contato com pessoas ou objetos contaminados (Porter, 2005, p. 42).

É importante observar naquele contexto que as medidas tomadas pelas autoridades políticas para conter o avanço da doença certamente tinham como um dos principais propósitos proteger a ordem econômica e política (Porter, ano, p. 44).

A respeito disso, não obstante as autoridades de saúde à época justificarem suas ações como medidas necessárias para evitar a propagação da doença, o principal objetivo seria manter a estabilidade social principalmente a partir do controle da subclasse anárquica e imprevisível (Porter, 2005, p. 45).

Naquele período, a peste era vista pela Igreja como resultado da ira divina, que somente poderia ser amenizada pela penitência e observância (Porter, 2005, p. 46).

As autoridades de saúde, por sua vez, cederam a muitas concessões dos interesses econômicos locais, considerando o iminente colapso econômico decorrente da quarentena, a exemplo de terem concordado em fumigar certas mercadorias confiscadas como seda ou lã ao invés de destruí-las (Porter, 2005, p. 46).

Outra forma de vigilância aderida à época no combate à peste foi a inspeção por médicos em distritos vizinhos a fim de monitorar o caráter de mortalidade, bem como os níveis gerais de contágio (Porter, 2005, p. 46).

Naquele contexto, a prioridade das elites políticas dos estados principescos era a de preservar o status quo, desenvolvendo, para tanto, burocracias de saúde, o que não fora alcançado na sociedade pré-industrial italiana, que diante de repetidas epidemias à época teve sua ordem econômica e social fortemente prejudicada (Porter, 2005, p. 47).

Referido período de peste que assolou a humanidade evidenciou a necessidade do fortalecimento de políticas de saúde. Durante a crise, decretos foram elaborados na França no início do século XVI e conselhos de saúde foram criados em Lyon em 1580 e na Suíça, no início do século XVII (Porter, 2005, p. 47).

A importância dos médicos restou mais do que evidente, tendo sido contratados como controladores de pragas para assumir o controle durante a epidemia (Porter, 2005, p. 47).

Pode-se dizer que outro aprendizado dessa crise de saúde diz respeito à necessidade da mundialização das políticas de saúde, considerando que, conforme abordado por Porter (2005, p. 47), a peste não fora experimentada simultaneamente em todos os lugares, de modo que certamente diretrizes frustradas e já testadas poderiam ser evitadas e quiçá reformuladas.

Após longo período de sofrimento, a peste começou a desaparecer na Europa Ocidental, onde um marco teria sido a última grande epidemia ocorrida em Marselha em 1720-1722 (Porter, 2005, p. 49), surgindo então amplos debates acerca dos motivos que ensejaram, enfim, o desaparecimento da doença, sendo suscitados motivos como a perda da virulência patológica; a alteração nos vetores de roedores/insetos infectados; mudanças climáticas etc. (Porter, 2005, p. 50).

Porter (2005, p. 50) assevera, nesse sentido, que de uma forma ou de outra, a quarentena funcionou como uma relevante barreira, ainda que parcial, visto que interrompeu o transporte de pulgas/roedores infectados através da passagem de mercadorias humanas, embarcações e bagagens.

De forma conjunta, mudanças climáticas verificadas no início do século XVIII teriam sido responsáveis pela diminuição da colônia de roedores (Porter, 2005, p. 50).

Não obstante, o desaparecimento da peste na Europa Ocidental provavelmente teria sido resultado de várias causas.

Porter (2005, p. 50) sinaliza que muitas das medidas draconianas instituídas contra a peste foram responsáveis pelo aumento da mortalidade no período de calamidade na saúde vivenciado, mencionando que ações como o isolamento de famílias em suas casas infestadas por roedores infectados, bem como o isolamento de pessoas saudáveis com pessoas doentes nas chamadas casas de peste aumentaram o índice de mortalidade.

Isso tudo teria decorrido pelo objetivo das regulamentações que visava mais a eliminação da ameaça ao status quo político representada pelo colapso econômico e social do que a proteção da saúde pública propriamente dita (Porter, 2005, p. 50).

Neste sentido, Porter (2005, p. 51) nos coloca que a peste fundou a saúde pública como função do Estado moderno, voltada para a gestão da relação entre doença e desordem social, abordando que o perfil da doença na Europa Ocidental desenvolveu novos padrões, diante de fatores como a exploração geográfica, o desenvolvimento urbano e a expansão imperial (Porter, 2005, p. 53).

Ainda, o contato entre povos distantes efetivado com a chegada de Colombo às Américas, por exemplo, resultou em infecções epidêmicas (Porter, 2005, p. 53).

Deste modo, a relação entre saúde e riqueza das nações não teria passado despercebida pelo pensamento político e econômico do século XVIII (Porter, 2005, p. 56).

Nesta perspectiva, é importante consignar que as transformações no contexto da saúde, conforme abordado, que estavam diretamente relacionadas a teorias místicas de salubridade e que foram posteriormente transformadas pelo racionalismo grego, eram vistas como uma arte prática para auxiliar, sobretudo elites eruditas (Porter, 2005, p. 24), o que passou a delinear a institucionalização dos serviços médicos, conforme adiante exposto.

2.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

Diretamente relacionado à origem do conceito de doença ao longo da história está a regulamentação das práticas médicas por autoridades políticas, visto que é por meio da compreensão histórica que se torna possível verificar os contornos em torno da institucionalização das descobertas voltadas a este setor.

A par disso, Porter (2005, p. 24) dispõe sobre a institucionalização dos serviços médicos públicos, assinalando que desde a antiguidade os Estados políticos se envolviam na organização destes, a exemplo da antiga sociedade egípcia que possuía uma organização hierárquica da prática médica controlada pelo estado com os médicos da corte no topo, liderados pelo médico-chefe e um grupo de superintendentes, de modo que cada um era especialista em doenças específicas e cada médico da corte era responsável por uma única doença.

Outro exemplo é o do governo chinês que durante a Dinastia *Chou* regulamentou a educação médica, fornecendo escolas médicas provinciais e exames anuais, onde o serviço imperial *Chou* empregava médicos assalariados para servir o exército ou se tornarem médicos especialistas (Porter, 2005, p. 24).

A respeito dos serviços médicos coletivos, Porter (2005, p. 24) assinala que também foram institucionalizados desde a antiguidade, de modo que nas antigas culturas mediterrâneas, os recintos dos templos serviam como hospitais.

Ademais, na antiga Indochina, o auxílio médico era disponibilizado em templos e escolas, mantidos pelo estado e por doações privadas, bem como na Europa mediterrânea, as cidades começaram a nomear um médico que recebia um salário anual dos impostos locais (Porter, 2005, p. 24).

Neste cenário, o emprego de médicos públicos teria permanecido no mundo helenístico, porém, a sociedade romana primitiva desprezava a prática da medicina em troca de honorários, de modo que os médicos gregos emigrados eram tratados com desconfiança, resistência esta que decorria em grande parte da tradição pautada por aspectos religiosos, místicos e culturais, a exemplo de que nas famílias latinas rurais, o chefe patriarcal que era o responsável por supervisionar os assuntos médicos de sua família, escravos e animais (Porter, 2005, p. 25).

Os médicos gregos nesse período foram acusados, inclusive, de envenenar doentes, não obstante, posteriormente terem se tornado mais influentes na sociedade romana diante do exponencial crescimento e diversificação local, tendo ganhado ênfase neste período a compra por cidadãos romanos de serviços terapêuticos e conselhos de saúde de médicos consultores (Porter, 2005, p. 26).

Naquele contexto, a escola metodista engajada por *Asclepiades* se insurgiu em oposição ao uso do poder curativo da doença, privilegiando a inferência sistemática em rejeição ao humoralismo e em prol do solidismo, desenvolvendo a teoria corpuscular em uma análise atomística da saúde e da doença (Porter, 2005, p. 26).

O metodismo era uma doutrina holística da medicina que defendia o regime clássico de *Coan* de ar, luz, dietética, exercícios, hidroterapia e massagem como principal caminho para a manutenção da saúde, motivo pelo qual se insurgiu à ênfase empirista que visava a localização da doença, enfatizando a importância da compreensão da saúde do paciente como um todo (Porter, 2005, p. 26).

As descobertas terapêuticas pautadas na inferência sistemática que ganhou ênfase em Roma teriam propiciado a melhoria sanitária na sociedade romana, diante

de sua relação com o favorecimento da saúde, o que teria sido facilitado pelo crescimento do estado imperial burocrático e pelo desenvolvimento de engenharia civil sofisticada, que trouxeram melhorias no abastecimento de água, como água encanada, sistemas de drenagem e banheiros públicos (Porter, 2005, p. 27).

Contudo, no início do império apenas os ricos e privilegiados empregavam os médicos gregos emigrados, ao passo que os pobres continuavam contando com a cura popular e religiosa (Porter, 2005, p. 27).

Com o caminhar para o renascimento, os médicos começaram a desfrutar de uma melhoria de oportunidades sociais e econômicas, refletida pela obtenção da cidadania romana no Oriente, bem como no império ocidental (Porter, 2005, p. 27).

O aumento de privilégios aos médicos combinado à expansão da prática médica teria incentivado o reconhecimento de profissionais qualificados pelas autoridades civis locais (Porter, 2005, p. 27).

Porter (2005, p. 27) registra que a primeira instituição que teria sido dedicada à assistência médica foi fundada em Roma, no século IV, por Fabiola, após ver estabelecimentos semelhantes no Oriente, onde os hospitais tornaram-se cada vez maiores e especializados, sinalizando acerca dos “vários níveis de assistência médica” que estavam disponíveis em várias instituições diferentes, dentre elas as denominadas de hospícios, albergues, asilos, hospitais etc.

No mundo islâmico, posteriormente, os hospitais passaram a ser criados por governantes e funcionários públicos nos centros urbanos, havendo uma clara ligação entre a provisão hospitalar e o poder político (Porter, 2005, p. 30).

Para o cristianismo em Bizâncio e até o ocidente, os pobres eram atores sociais significativos neste contexto, considerando que a Igreja cristã se envolveu fortemente na formação dos Estados após o declínio romano, de modo que fornecer bem-estar para os doentes pobres teria resultado em um caminho para o poder (Porter, 2005, p. 30).

A respeito disso, Miller (1985, p. 65 *apud* Porter, 2005, p. 88) dispõe acerca de que a provisão de bem-estar se tornou uma fonte de poder social, facilitando uma expansão ideológica e ascensão à dominação cultural.

Porém, foi na Idade Média, em decorrência da considerável urbanização verificada naquele período e com a fixação de novos padrões de relações econômicas, onde o feudalismo foi substituído por sistemas baseados nas livres trocas, que houve um certo redirecionamento das preocupações culturais com a

saúde, direcionadas à elite, para as doenças perigosas das populações mais densas (Porter, 2005, p. 31). O risco de propagação das doenças se tornou sujeito à regulamentação pelos estados civis (Porter, 2005, p. 31).

Diante disso, no final do período medieval, filantropos e governantes políticos começaram a fundar hospitais medievais, tendo a filantropia hospitalar adquirido, à época, status social especial, tornando-se objetivo de muitos príncipes e condes fundar um abrigo para pobres, enfermos e deficientes (Porter, 2005, p. 31).

Neste caminho histórico, no século X, a maioria das obras médicas gregas já haviam sido traduzidas para siríaco, hebraico ou árabe, ao passo que a medicina árabe passava por transformações próprias, bem como novas gerações de médicos muçulmanos estabeleciam sua independência da tradição clássica, não obstante ainda se baseassem em doutrinas antigas (Porter, 2005, p. 31).

Médicos como o persa Rhazes (865-925), que diferenciou a varíola do sarampo e desenvolveu terapias novas, a exemplo da pomada de mercúrio e o uso de tripas de animais para costurar feridas, bem como Maimônides, que escreveu um tratado sobre higiene pessoal para o sultão Saladino, se tornando modelo para os manuais de saúde de autoajuda até o século XIX (BarSela; Hoff; Faris, 1964, p. 45 *apud* Porter, 2005, p. 32), representaram análises médicas inovadoras desde os tempos clássicos (Porter, 2005, p. 32).

Referidos avanços no que tange às descobertas na seara médica contribuíram para que ao longo do final da Idade Média o exercício da medicina ganhasse um novo estatuto profissional e uma formação institucionalizada (Porter, 2005, p. 32).

Relacionado a tal fato, as primeiras universidades estabelecidas nos séculos XII e XIII estenderam o estudo eruditos antes limitados aos mosteiros para o clero leigo, bem como pelas ordens monásticas que passaram a ensinar direito, teologia, filosofia e medicina, sendo exigido o celibato em alguns casos de professores universitários, a exemplo de Paris, até 1452 (Porter, 2005, p. 33).

Contudo, a medicina escolástica no final da Idade Média era quase inteiramente derivada da tradição clássica, sendo a única influência inovadora proveniente da teoria islâmica (Porter, 2005, p. 33).

Não obstante, decorrente da institucionalização do serviço médico, impôs-se uma estruturação profissional, na qual os médicos formados nas universidades obtinham o título de “doutor” e passaram a ser criadas legislações médicas, a exemplo de que em Sicília, o rei Rogério II determinou que quem desejasse exercer a medicina

deveria passar por exames estaduais, bem como na Itália, Espanha e Alemanha foram exigidos qualificações e licenciamento a partir de suas legislações (Porter, 2005, p. 33).

2.3 SAÚDE PÚBLICA E O ESTADO

Rosen (2015, p. 87) aborda que foi no período do baixo medievo, conforme acima delineado, que foram desenvolvidos os padrões básicos de pensamento e prática nos quais a saúde pública teria suas bases nos anos seguintes.

Neste viés, em que pese o período de crescimento no campo da ciência durante o Renascimento, a saúde pública recebeu ínfimos benefícios diretos em decorrência desses avanços, de modo que o padrão de saúde pública que vigorava na comunidade medieval teria perdurado do século XVI ao século XVIII (Rosen, 2015, p. 89).

No que tange aos fundamentos da administração da saúde pública, Rosen (2015, p. 100) pontua que esta deve ocupar-se de dois componentes, estando de um lado a compreensão da natureza e causa da doença e, de outro, o desenvolvimento da ciência/tecnologia médica que forneceriam um eixo para ações preventivas e de controle, fazendo a ressalva de que esta compreensão depende não só de um, mas de uma série de fatores, dentre eles fatores políticos, econômicos e sociais.

Neste sentido, com o transcurso temporal, o estado se desenvolveu com um conjunto de doutrinas políticas e econômicas que em graus variados influenciaram a administração da saúde pública, de modo que em um esquema de política e administração, o objetivo seria colocar a vida econômica e social a serviço do Estado, sistema este conhecido como mercantilismo (Rosen, 2015, p. 100).

O autor expõe que para os formuladores de políticas em todos os países, a grande questão era a de que o curso que o governo deveria seguir para aumentar a riqueza e o poder nacional seria uma grande população; que esta população fosse provida no sentido material; e que a população estivesse sob o controle do governo (Rosen, 2015, p. 101).

É neste ponto que surge um ponto fulcral de extrema relevância. Na linha do abordado por Rosen (2015, p. 101), fora reconhecido em todos os lugares que o uso efetivo de uma população dentro de um país exigiria atenção aos problemas de saúde.

Neste viés, no século XVII, com o crescimento da indústria na Inglaterra, a produção teria passado a ser considerada uma questão diretamente relacionada à geração de renda nacional, considerando que como vetor fundamental nas atividades econômicas, eventual perda na capacidade laborativa devido a doenças ou morte incidiria em um potencial problema econômico (Rosen, 2015, p. 101).

Em decorrência disso, tornou-se essencial conhecer o quantitativo de pessoas, bem como seus “valores” para verificação dos grupos ocupacionais considerados mais produtivos, o que fez surgir a necessidade de que fossem aplicados métodos estatísticos à saúde pública, visto que por meio da aplicação de métodos numéricos na análise dos problemas em torno da saúde, seria possível o estudo e desenvolvimento da saúde pública (Rosen, 2015, p. 101).

Objetivando este propósito, surgiu a chamada aritmética política, tendo os envolvidos na abordagem estatística se preocupado, sobretudo, com a denominada contabilidade do estado, sob o aspecto de que a determinação de dados quantitativos básicos da vida nacional poderiam ser utilizados para aumentar o poder e o prestígio do estado (Rosen, 2015, p. 101).

O médico, economista e cientista William Petty (1623-1687) reconhecido como o pai da aritmética política (criador do termo), reconheceu a relevância de uma população saudável como “fator de opulência e poder nacional” (Rosen, 2015, p. 101), justificando a importância de dados numéricos sobre população, educação, doenças etc., sempre sob a perspectiva de que estes dados esclarecessem questões de interesse e política nacional.

Naquele contexto, uma importante contribuição teria derivado de John Graunt (1620-1674) que por meio de seu livro *Natural and Political Observations...on the Bills of Mortality*, em 1662, apurou o número de mortes em Londres durante o século anterior e os interpretou por raciocínio indutivo, demonstrando a regularidade de fenômenos sociais e vitais, percebendo a constância proporcional de mortes decorrentes de distúrbios físicos, emocionais e decorrentes de acidentes, em relação ao número total de enterros (Rosen, 2015, p. 102).

Ainda, abordou-se que a taxa de óbitos na cidade superava a do campo. Além disso, observaram-se as variações da taxa de mortalidade de acordo com as estações, contribuindo para a tentativa de Graunt em construir uma tabela de vida (Rosen, 2015, p. 102).

A análise de dados denominada aritmética política perdurou do século XVII até o início do século XVIII. Gregory King, Charles Davenant, Edmund Halley, John Arbuthnot, Sebastien de Vauban e Johann Peter Süssmilch foram os principais contribuidores. A população continuou a ser o objeto central da aritmética política, e o interesse voltou-se para vários aspectos, incluindo doenças (Rosen, 2015, p. 102).

Uma das contribuições práticas desse movimento foi a criação de seguros de vida, sendo de especial relevância a tabela de vida publicada em 1693 por Edmund Halley, aplicável ao cálculo de anuidades vitalícias. Essa tabela foi utilizada pelas primeiras seguradoras de vida em Londres no século XVIII. Além disso, a conhecida tabela de Halley foi empregada para testar a eficácia da vacina contra a varíola (Rosen, 2015, p. 102).

O ponto central da aritmética política era que, a partir do conhecimento dos problemas de saúde e doença, fossem traçados objetivos para manter e aumentar uma população saudável. Isso era crucial para a força política e econômica do estado. Tanto a classe médica quanto os governantes e estadistas perceberam que a fertilidade natural, por si só, não seria capaz de sustentar a prosperidade nacional (Rosen, 2015, p. 103).

Dessa consciência, surgiu a necessidade de implementar condições e instalações que promovessem a saúde, a fim de prevenir com mais eficácia as doenças e tornar os cuidados médicos mais acessíveis. Isso justificou a importância de desenvolver um conceito de política nacional de saúde (Rosen, 2015, p. 103).

No que tange às propostas de ação nacional, as contribuições de William Petty foram relevantes. Ele entendia que o controle de doenças transmissíveis e a preservação de vidas infantis contribuíam para evitar o enfraquecimento da população (Rosen, 2015, p. 103).

Um dos pontos relevantes era que, para que as ações de saúde tivessem os efeitos desejados, era necessário um conhecimento médico avançado. Isso foi enfatizado por Petty como um dever do Estado em uma palestra realizada em Dublin, no ano de 1676.

Ato contínuo, o pai da aritmética política propôs em 1687 um Conselho de Saúde em Londres para lidar com questões de saúde pública. Além disso, recomendou o estabelecimento de hospitais de isolamento para pacientes acometidos pela peste, reforçando a utilidade da recomendação ao se comprometer a calcular a perda econômica devida à doença (Rosen, 2015, p. 103).

Outro ponto enfrentado por Petty foi que certos grupos da população eram de interesse direto do Estado, tendo defendido, nesse sentido, a criação de maternidades, com atenção particular às grávidas solteiras (Rosen, 2015, p. 103).

Rosen (2015, p. 103) assinala que Petty não foi o único a enfrentar os assuntos relacionados à saúde pública. Os problemas suscitados também foram abordados pelo diplomata e promotor Samuel Hartlib, e pelo médico Nehemiah Grew (1641-1712), entre outros. De forma geral, os principais argumentos e propostas eram de que a doença e a morte representavam um desperdício de recursos humanos. Além disso, a saúde das pessoas tinha uma relevância extrema coletiva, motivo pelo qual não poderia ser deixada à iniciativa individual.

Não obstante às inegáveis contribuições, as ideias descritas não surtiram efeitos imediatos, já que ainda contrariavam as tendências políticas e administrativas. Isso considerando o caráter intensamente paroquial da administração interna inglesa desde meados do século XVII até a Lei de Emenda à Lei dos Pobres de 1834 (Rosen, 2015, p. 104).

Somente no século XIX, em decorrência do crescimento industrial e urbano, os problemas relacionados à saúde pública tornaram-se uma preocupação nacional (Rosen, 2015, p. 104).

Nos Estados Alemães, por exemplo, desenvolveu-se uma posição mercantilista sobre a saúde. O dever do Estado absolutista era proteger a saúde do povo. Contudo, devido à forma paternalista como era desempenhada, o ramo do campo relacionado à administração da saúde pública recebeu a designação de polícia médica (Rosen, 2015, p. 104).

Neste sentido, a abordagem desempenhada por Veit Ludwig von Seckendorff (1626-1692), contemporâneo de William Petty, que ocupou vários cargos administrativos, apontou para o objetivo do governo em estabelecer ordenanças aptas a assegurar o bem-estar do povo. Uma vez que a prosperidade e o bem-estar eram visualizados a partir do crescimento populacional, meios deveriam ser tomados para possibilitar a proteção à saúde das pessoas, visando o aumento quantitativo (Rosen, 2015, p. 104).

Sob esta ótica, um programa governamental de saúde pública deveria focar na manutenção e supervisão de parteiras, nomeação de médicos e cirurgiões, cuidado de órfãos, bem como na proteção contra doenças contagiosas. Medidas de limpeza como inspeção de alimentos e água, além da drenagem das cidades, manutenção de

hospitais e provisão de assistência aos pobres também eram essenciais (Rosen, 2015, p. 104).

A importância das obrigações estatais em torno da saúde pública ganhou ainda mais destaque durante os séculos XVII e XVIII, quando as propostas partiram de várias classes, como administradores, filósofos e médicos. No entanto, nenhum dos países continentais criou de fato uma política nacional de saúde naquele período, apesar das consideráveis contribuições teóricas efetivadas. Os problemas de saúde pública continuaram a ser tratados na época nas comunidades locais, o que perdurou até o século XIX (Rosen, 2015, p. 104).

No final do século XVII, a supervisão governamental também teria sido defendida pelo médico Conrad Berthold Behrens (1660-1736), que argumentou que a provisão da saúde deveria se dar pela prevenção da doença e pelo tratamento adequado. A primeira deveria se preocupar com a constituição do ar e com a nutrição (Rosen, 2015, p. 104).

Rosen (2015, p. 109) aborda que o início do século XVI até meados do século XVIII foi um período de transição, tendo a explosão científica dos séculos XVI e XVII lançado as bases da ciência médica no campo da anatomia e fisiologia, o que possibilitou uma abordagem mais específica das doenças (Rosen, 2015, p. 110).

Neste sentido, um período crucial que marca a evolução da saúde pública foi compreendido em 80 anos, de 1750 a 1830, sobretudo devido à criação do movimento sanitário do século XIX. Isso ocorreu no meio de grandes revoluções, como as revoluções políticas da França e América, e a ascensão e queda do império Napoleônico (Rosen, 2015, p. 111).

Com o movimento do Iluminismo, houve um maior esforço para educar as pessoas sobre os resultados da ciência e da medicina, com maior conscientização sobre questões de saúde e higiene (Rosen, 2015, p. 111).

Filósofos franceses como Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rousseau abordaram a reforma das instituições e condições sociais, incluindo questões de saúde pública, como duração da vida, hospitais, aritmética política, homem e população. Diderot, por exemplo, tratou de assuntos como seguro de velhice e assistência médica, que também estavam relacionados à necessidade de reformar hospitais (Rosen, 2015, p. 112).

No final do século XVIII, questões relacionadas ao bem-estar humano se tornaram de maior interesse para toda a comunidade e, por consequência, problemas

de saúde e doença passaram a ser enfrentados com maior relevância. Essa consciência inicialmente foi mais profunda no continente, como nos estados de língua alemã, onde a ciência da polícia médica se desenvolvia (Rosen, 2015, p. 113).

Esse período de mudança foi marcado por um considerável aumento da população por volta de 1750, como na Prússia, onde entre 1748 e 1800 a população quase dobrou, devido ao aumento da taxa de natalidade e à diminuição na taxa de mortalidade (Rosen, 2015, p. 114).

De forma geral, conforme abordado por Rosen (2015, p. 122), as condições de vida urbana começaram a melhorar. No entanto, devido ao industrialismo e ao crescimento das cidades, a taxa de mortalidade, que havia declinado durante o final do século XVIII e XIX, voltou a subir.

No cenário de mudança verificado no final do século XVIII, a Declaração dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Constituinte, aboliu os privilégios do antigo regime e proclamou a liberdade e a igualdade do indivíduo, bem como a soberania da nação e da lei (Rosen, 2015, p. 127).

A Assembleia Constituinte, sob a moção de Joseph Ignace Guillotin (1738-1814), passou a exigir que a prática médica, o ensino, a medicina legal, a polícia sanitária e afins fossem controlados por uma comissão de saúde. Em 1790, foi criado um Comitê de Saúde, sendo reconhecida a obrigação do Estado em proteger a saúde dos cidadãos (Rosen, 2015, p. 127).

No período de 1793 a 1794, foram aprovadas leis pela comissão que estabeleceram um sistema nacional de assistência social, incluindo a assistência médica. As outras etapas para criar um sistema nacional de saúde pública iniciaram no século XIX (Rosen, 2015, p. 128).

No século XIX, sedimentou-se o movimento da reforma sanitária no contexto da Revolução Industrial iniciada na Inglaterra. Com o aumento da industrialização, expansão de transportes e novos meios de comunicação, e, finalmente, com o aumento da produção, verificou-se a necessidade cada vez maior do quadro de trabalhadores, trazendo à tona a saúde pública moderna. Isso começou na Inglaterra, justamente porque foi o primeiro país industrial moderno (Rosen, 2015, p. 139).

Conforme abordado por Rosen (2015, p. 142), o problema de saúde pública tornou-se inerente à nova civilização industrial. O processo que estabeleceu a nova economia de mercado e o ambiente urbano moderno trouxe consigo os problemas de

saúde, e, por consequência, novos meios de prevenção de doenças e proteção da saúde passaram a ser necessários.

Com o expressivo número de trabalhadores nas fábricas concentradas nas cidades, como em Londres, onde a população saltou de 958.000 para 1.948.000 entre 1801 e 1841, as condições de saúde foram deterioradas. Houve também um reflexo acentuado nas taxas de mortalidade (Rosen, 2015, p. 142).

Tudo isso se deu por diversos motivos, dentre eles a construção irregular de moradias para atender a quantidade de pessoas nas cidades, sem qualquer planejamento qualitativo para tanto (Rosen, 2015, p. 142). Além disso, não havia investimento em arranjos sanitários; coletas de esgoto e lixo eram raras, e as casas dos bairros pobres não tinham sanitários. Muitas sequer tinham latrinas, enquanto algumas comunidades dispunham, por vezes, de apenas duas latrinas para 250 pessoas (Rosen, 2015, p. 144).

A superlotação nas habitações era outro problema, como em Liverpool, onde 40.000 pessoas viviam em porões e 60.000 em pátios fechados (Rosen, 2015, p. 144). De forma geral, Rosen (2015, p. 144) dispõe que mais de 60% dos trabalhadores viviam em condições de sujeira, aglomeração e insalubridade.

Em sua obra "*The Effects of Arts, Trades and Professions and of Civic States and Habits of Living on Health and Longevity*", de 1831, C. Turner Thackrah abordou as condições de vida e trabalho que prevaleceram na cidade de Leeds e foram responsáveis pelas taxas consideravelmente altas de doença e mortalidade em comparação com as taxas da zona rural (Rosen, 2015, p. 145).

Outro fator que atraiu o interesse pelas condições das cidades foi a epidemia da cólera entre 1831 e 1832. Foi percebido à época que a doença atingia os locais mais pobres devido à negligência em questões sanitárias. No entanto, também ficou evidenciado que a doença virulenta não era restrita às classes populares (Rosen, 2015, p. 145).

Foi nesse contexto que surgiu o movimento pela reforma sanitária, uma vez que os problemas de saúde da comunidade urbana ressaltados pela cólera foram um grito de socorro.

Neste sentido, surgiu a *Poor Law Commission*, em 1834, que tinha como secretário Chadwick e como objetivo principal reduzir as taxas de pobreza. Chadwick tinha um profundo entendimento das causas desse pauperismo. A partir disso, ganhou relevância o conceito de ações sociais preventivas aplicáveis aos problemas de

pobreza e doença (Rosen, ano, p. 145). Ainda, sob esta perspectiva, Chadwick reconheceu a importância das informações estatísticas precisas na prevenção de doenças (Rosen, 2015, p. 146).

De relevância assinalar que a *Poor Law Commission* relatou, em 1838, ao secretário do interior, Lord John Russell, que três inspetores médicos contratados para investigar a prevalência e causa de doenças em Londres sugeriram que os gastos necessários para a adoção e manutenção de medidas de prevenção seriam menores do que os custos de uma doença propriamente dita (Rosen, 2015, p. 146).

Neste viés, verificou-se que em um período de 07 anos, em decorrência da febre de *Glasgow*, 12.895 pessoas foram pacientes, estimando-se que cada uma dessas pessoas tenha perdido uma média de seis semanas de emprego. Isso teve reflexos tanto produtivos e pecuniários quanto no setor de gastos médicos, considerando custos com cuidados médicos, de enfermagem e de funeral quando o paciente vinha a óbito (Rosen, 2015, p. 147).

Diante de tudo isso, os esforços para a mudança sanitária se justificavam por questões econômicas e humanitárias (Rosen, 2015, p. 147). Chadwick abordou que muitos dos problemas de saúde pública estavam relacionados à engenharia civil e não ao médico. Questões como drenagem, limpeza de ruas e casas, bem como um correto tratamento de água, esgoto e lixo, deveriam ser abordadas por um programa preventivo a partir de um órgão administrativo, por meio da aplicação de técnicas de engenharia. Não obstante, era responsabilidade do médico especificar a natureza, localização e curso de uma infecção (Rosen, 2015, p. 148).

Mesmo diante das relevantes propostas do conselho de saúde, o conselho tornou-se impopular principalmente por sua tendência centralizadora, enfrentando resistências de outros interesses velados. Chegou ao fim em 1854 (Rosen, 2015, p. 151).

Posteriormente, a Junta Geral de Saúde foi restabelecida, perdurando até 1858, quando a tutela da saúde pública foi transferida para o Conselho Privado, até 1871 (Rosen, 2015, p. 154).

Em 1869, passos importantes relacionados à administração da saúde pública foram tomados, como a nomeação de uma comissão real para estudar a administração sanitária na Inglaterra e a promulgação da Lei de Saúde Pública em 1875. Esta dividiu o país em distritos sanitários urbanos e rurais, submetendo-os à supervisão do conselho de Governo local (Rosen, 2015, p. 155).

Com a aprovação da referida lei, houve um aumento no número de médicos oficiais de saúde. A Associação Metropolitana de Médicos Oficiais de Saúde, criada em 1856, tornou-se uma Sociedade de Oficiais Médicos de Saúde em 1873 (Rosen, 2015, p. 155).

Ao longo do século XIX, acumulou-se conhecimento sobre saúde industrial, abordando aspectos como doenças ocupacionais. Muitos esforços foram direcionados para a melhoria das condições das mulheres e crianças, resultando em estudos sobre a regulamentação dos ambientes laborais (Rosen, 2015, p. 173).

No século XX, todos esses conhecimentos foram integrados, envolvendo pesquisa médica, ação administrativa e reforma social (Rosen, 2015, p. 174). Além disso, devido aos avanços na compreensão das doenças no século XIX, a primeira década do século XX teve uma base sólida para o controle de várias doenças infecciosas (Rosen, 2015, p. 203).

Esse cenário foi possibilitado pelos impactos do movimento de reforma sanitária anterior, que buscou melhorar as condições de moradia, garantir qualidade na água e nos alimentos, além de promover a conscientização sobre a necessidade de uma adequada higiene pessoal (Rosen, 2015, p. 204).

O avanço na saúde resultou na diminuição da taxa bruta de mortalidade (Rosen, 2015, p. 205). A partir de 1935, tornam-se notáveis os registros dos avanços diante do crescimento de programas de pré-pagamento voluntário para hospitalização e cuidados médicos (Rosen, 2015, p. 259).

A relevância da assistência médica organizada para a saúde da comunidade foi reconhecida em 1948, com a formação da Seção de Assistência Médica pela Associação Americana de Saúde Pública.

Diante dessa trajetória histórica forte e significativa, crucial para a compreensão da construção da saúde pública ao longo do tempo, Rosen (2015, p. 262) afirma que todos esses desenvolvimentos levaram à aceitação generalizada da necessidade de uma autoridade central e forte para promover o bem-estar social. Isso ocorreu ao se reconhecer que a pobreza não era mais vista, como no período medieval, como um castigo natural, mas passou a ser encarada como uma doença social, principalmente devido às suas consequências para a saúde e a economia. Isso tornou essencial um enfrentamento adequado diante de seus impactos na estrutura política dos Estados.

3 MEDICALIZAÇÃO E O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: CONCEITO E CONTORNOS DO PROBLEMA

No contexto da saúde pública, com a ocorrência cada vez mais frequente de doenças na sociedade, surge um fenômeno denominado medicalização. Este termo se refere à suspeita derivada da incorporação de um problema não médico ao campo da medicina (Carvalho et al., 2015, p. 1252).

Ocorre, porém, que na contemporaneidade nos deparamos com um número crescente de doenças. Mas será que esse fato está realmente ligado ao avanço da medicina e/ou ao aumento do número de diagnósticos, ou estamos diagnosticando como doenças situações que não necessariamente são patológicas?

Neste sentido, Barros (2008a; 2008b *apud* Conrad, 2007, p. 59) explica que o termo medicalização está relacionado a uma crescente submissão de situações da vida (como nascimento, gestação, menopausa, idosos, entre outras) a cuidados e intervenções médicas, "independentemente da existência objetiva de sinais ou sintomas de caráter mórbido ou patológico".

A partir disso, diversas condições estão sendo medicalizadas, tornando-se alvo da atenção e tratamento médico, principalmente através de medicamentos. Exemplos incluem a depressão, alcoolismo, drogas, esterilidade, homossexualismo e outros comportamentos socialmente não aceitos (Barros, 2008a; Barros, 2008b *apud* Conrad, 2007, p. 52).

Além disso, observa-se um interesse crescente em desenvolver fármacos para condições como o TDAH, para o qual têm sido direcionados um considerável número de medicamentos. Também nota-se um interesse em buscar fármacos que "atuem contra" a timidez ou como substituto de exercícios físicos (Barros, 2008a; Barros, 2008b *apud* Conrad, 2007, p. 65).

No entanto, argumenta-se que o termo medicalização é "complexo e polissêmico", envolvendo, de acordo com o movimento social Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, "um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico, ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais" (Brasil, 2019, p. 14).

Ademais, Oliveira, Nascimento e Lima (2019, p. 88) destacam que a medicalização envolve processos mais amplos que não se limitam apenas ao produto

medicamentoso e possui uma lógica mais sutil e perversa de controle da vida das pessoas e da sociedade (Brasil, 2019, p. 14).

Fala-se ainda em uma diferença entre os termos "medicalização e medicamentação", sendo que este último se refere ao uso de medicamentos em situações que antes não eram consideradas problemas médicos e para as quais não existia tratamento farmacológico (Brasil, 2019, p. 14).

Conrad (2007, p. 132) aborda que desde 1970, quando sociólogos começaram a escrever sobre a medicalização, houve a afirmação de que esse processo estava em crescimento. Contudo, observa o autor que quantificar todas as tendências em torno da medicalização se revela difícil, considerando que não havia, pelo menos a princípio, um costume governamental de apurar esses dados.

Não obstante, na maioria dos estudos sobre a medicalização, há uma expressiva referência ao aumento de categorias e diagnósticos medicalizados, diante da inserção de inúmeros problemas e condições não relatadas pela literatura médica em séculos anteriores, incluindo doenças mentais, alcoolismo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), anorexia, fibromialgia, síndrome pré-menstrual (TPM), doença de Alzheimer, entre outras (Conrad, 2007, p. 133).

Esse aumento do número de categorias estaria relacionado, por um lado, ao aumento do número de diagnósticos, conforme reportado, por exemplo, no Manual Diagnóstico e Estatístico, que em 1952 registrou 106 diagnósticos e em 1994, 300 distúrbios. Por outro lado, fatores sociais como a diminuição da influência da religião, o progresso científico, o aumento do prestígio da profissão médica, a propensão americana para soluções tecnológicas para problemas, entre outros, também desempenham um papel (Conrad, 2007, p. 23).

Ainda, é indispensável ressaltar a relevância econômica do mercado farmacêutico na atualidade, oscilando entre o primeiro e o quarto lugar como atividade mais lucrativa do mundo, muitas vezes competindo com bancos internacionais. Em 2005, chegou a movimentar 590 bilhões de dólares (Garrafa; Lorenzo, 2012, p. 21).

Neste íterim, é importante destacar que a formação do complexo científico-industrial-tecnológico (Ravetz, 1973, p. 65 apud Garrafa; Lorenzo, 2012, p. 35), marcado pela relação estabelecida entre a atividade industrial e os novos métodos diagnósticos, preventivos e terapêuticos, é alvo de vultosos investimentos, principalmente os privados. Isso ocorre porque a globalização dos mercados nas

últimas décadas internacionalizou as pesquisas clínicas (Garrafa; Lorenzo, 2012, p. 21).

Este contexto se justifica pelo uso crescente e intensivo de medicamentos que muitas vezes são incentivados, em grande parte, por interesses comerciais que frequentemente são promovidos como "pílulas mágicas" que supostamente são capazes de curar (Barros, 2012, p. 89).

A partir disso, argumenta-se que o biomercado, concebido pelo mercado biotecnológico, impulsionado pela renovação de métodos diagnósticos e terapêuticos e pelo incentivo ao desenvolvimento de novos medicamentos pelas indústrias farmacêuticas, teria estimulado os interesses capitalistas, resultando na chamada medicalização da prática médica, transformando os usuários dos serviços de saúde em consumidores (Blank; Brauner, 2009, p. 8).

Neste sentido, verifica-se o desenvolvimento de fármacos voltados para diversos fins, que se tornam alvo de um marketing muitas vezes agressivo, respaldado pela estratégia de produtores que transformam os fármacos em itens de consumo, visando não apenas a saúde, mas também a felicidade (Barros, 2012, p. 90).

Sustenta-se que o impulso desse setor produtivo está vinculado à conjunção de dois fatores relevantes, ou seja, o desenvolvimento do capitalismo no século XIX, devido às suas vertentes industrialistas e manufatureiras, e o bem-sucedido avanço da medicina de laboratório (Hernández, 2012, p. 111).

Neste sentido, Conrad (2007, p. 19) destaca também que como indicadores da expansão do impacto da medicina nas últimas décadas, temos a porcentagem do produto nacional bruto gasto em saúde, que passou de 4,5% em 1950 para 16% em 2006, assim como o número de médicos que aumentou de 148 por 100.000 em 1970 para 281 por 100.000 em 2003. Isso resultou praticamente em dobrar a população médica nesse período, além da ampliação da jurisdição médica para incluir novos problemas que anteriormente não eram considerados na esfera médica.

Com essa realidade, no entanto, surgem consequências práticas negativas desse processo para as sociedades, especialmente considerando a tendência dos pacientes de recorrerem à ingestão irracional de medicamentos (Blank; Brauner, 2009, p. 8).

Argumenta-se também que o avanço tecnológico teria "prejudicado a anamnese cuidadosa e o exame clínico rigoroso", já que as consultas, em muitos

casos, passaram a ser realizadas em poucos minutos, o que teria resultado em perdas consideráveis para o exercício da profissão (Blank; Brauner, 2009, p. 12).

Além disso, Conrad (2007, p. 21) afirma que o crescimento da medicalização não é apenas resultado do aumento da influência da medicina ou do empreendedorismo moral, mas também da redução da tolerância do público a sintomas que anteriormente eram considerados leves. Há a preocupação de críticos de que a medicalização transforme aspectos da vida cotidiana em patologias.

Ainda, é importante ressaltar que embora muitos escritos, incluindo os seus, critiquem a medicalização, não se pode esquecer que esse processo descreve uma evolução, como no caso da medicalização da epilepsia, do alcoolismo, TDAH, menopausa ou disfunção erétil. E diante desse processo, existem "graus de medicalização" dependendo da doença (Conrad, 2007, p. 20).

Um ponto relevante é a medicalização relacionada aos gêneros. Estudos de medicalização por sociólogos e estudiosos feministas revelam que problemas das mulheres foram desproporcionalmente medicalizados, o que se reflete em estudos sobre reprodução, controle de natalidade, parto, infertilidade, síndrome pré-menstrual, síndrome alcoólica fetal, distúrbios alimentares, sexualidade, menopausa, cirurgia plástica, ansiedade e depressão (Conrad, 2007, p. 25).

Essa constatação tem como possíveis justificativas a construção científica e cultural do que seria um corpo saudável feminino e masculino, sendo este considerado ao longo do tempo como naturalmente diferente dos corpos femininos (Conrad, 2007, p. 39).

Ademais, subsiste o argumento de que, em decorrência de alguns processos fisiológicos das mulheres serem mais visíveis, como a menstruação e o parto, estas seriam mais vulneráveis à medicalização do que os homens (Conrad, 2007, p. 39).

De outro lado, eventos exclusivamente relacionados aos corpos masculinos permaneceriam não estudados pela ciência médica, por não serem tratados pelos médicos como potencialmente patológicos. Contudo, isso vem ganhando novos contornos nos últimos tempos com a crescente medicalização dos corpos masculinos, sobretudo os envelhecidos (Conrad, 2007, p. 39).

Neste sentido, processos como a queda de cabelo masculina (calvície) e a introdução do Viagra em 1998 para a melhoria do desempenho sexual, por exemplo, demonstram que a fisiologia do envelhecimento, combinada com a indústria

farmacêutica fomentando expectativas da masculinidade, contribui para a medicalização dos corpos masculinos (Conrad, 2007, p. 40).

Dentre as estratégias das indústrias farmacêuticas, observam-se anúncios que visam aumentar a conscientização sobre uma condição sem necessariamente mencionar a terapia correlacionada (Conrad, 2007, p. 47).

Como exemplo, Conrad (2007, p. 47) menciona que o site de um determinado produto, usado como alternativa à terapia de reposição de testosterona, conhecido como Androgel, convida o espectador a fazer um teste denominado "Low T", que, por meio de perguntas aparentemente vagas, como "Você notou uma deterioração recente em sua capacidade de praticar esportes?" ou "Você está caindo no sono depois do jantar?", leva esse espectador a encarar eventos, a princípio, comuns da vida, como problemas médicos. O site em questão sugere, ao final do questionário, que um médico revise a lista de verificação.

Neste viés, no que diz respeito à medicalização dos corpos masculinos envelhecidos, a terapia com testosterona assume um dos papéis de destaque, sendo frequentemente apresentada pela mídia como uma substância mágica capaz de restaurar/aumentar a masculinidade. Um anúncio do Androgel em uma edição da *Clinical Endocrinology* retrata a testosterona por um medidor de gás com a seta apontando para o vazio, suscitando questionamentos como "Baixo desejo sexual? Cansado? Humor deprimido?" e relacionando-os a uma possível perda de testosterona (Conrad, 2007, p. 48).

Outro tema amplamente abordado é a calvície masculina, que, apesar de não ser considerada uma doença pela profissão médica, tem sua medicalização enfatizada diante dos expressivos tratamentos médicos para a queda de cabelo (Conrad, 2007, p. 49), tendo como uma das principais justificativas de tratamento seus efeitos psicológicos, especialmente considerando a forte cultura que valoriza a juventude em contraposição à calvície, associada ao aumento da idade (Conrad, 2007, p. 55).

Neste contexto, tratamentos médicos relacionados à calvície são consideravelmente incentivados, uma vez que a perda de cabelo em homens está associada a quadros como depressão, baixa autoestima, introversão e sentimentos de falta de atratividade (Conrad, 2007, p. 55).

Outro ponto de destaque é a medicalização da disfunção erétil e o uso do Viagra. Em 1992, a disfunção erétil passou a ser tratada como um problema biológico

e não mais psicológico, e entre os tratamentos médicos disponíveis que passaram a ser oferecidos, como cirurgia peniana, implantes e injeções, o Viagra foi aprovado em março de 1998 e, como tratamento médico não invasivo, ganhou grande popularidade (Conrad, 2007, p. 56).

O Viagra passou, assim, a ser comercializado de forma agressiva, tanto para a classe médica quanto para o público em geral, abrangendo não apenas disfunções graves, como ocorria antes do seu uso em relação a outros tratamentos, mas também disfunções leves, como problemas eréteis ocasionais, não restritos a homens mais velhos (Conrad, 2007, p. 57).

O cenário de sucesso no mercado em torno do uso do Viagra despertou o interesse de outras empresas no desenvolvimento de medicamentos concorrentes e até mesmo impulsionou a busca por um "viagra feminino" (Conrad, 2007, p. 58).

Diante desses exemplos, observa-se que a partir da medicina há uma redefinição do que seria uma função corporal masculina saudável e normal (Conrad, 2007, p. 59), concepção que se estende aos corpos femininos em um cenário farmacêutico que enfatiza "drogas de estilo de vida".

Desta forma, é possível observar que, embora a medicalização ainda não seja igualitária entre os sexos, está caminhando nessa direção (Conrad, 2007, p. 25).

Ato contínuo, é importante ressaltar, ainda, que categorias gerais amplas, como obesidade e envelhecimento, tornam-se medicalizadas, no sentido de que a doença passa a ser vista não apenas como um fator de risco para outras doenças, como doenças cardíacas, mas passa a ser vista também como uma doença em si (Conrad, 2007, p. 134).

3.1 O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Por início, é importante salientar que o termo "dispensação" recebeu sua definição legal no Brasil em 1973, como o fornecimento de medicamentos ao consumidor em atendimento a uma prescrição médica ou não (Leite et al., 2017, p. 2).

Ocorre que a dispensação foi reduzida a uma simples entrega de medicamentos, seguindo normas legais e cumprindo burocracias. No entanto, essa perspectiva começou a evoluir, principalmente com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a regulamentação das atividades das farmácias pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a recente promulgação da Lei nº

13.021, que aborda o exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas. Essas mudanças visam privilegiar a promoção do uso racional de medicamentos em substituição ao simples fornecimento (Leite et al., 2017, p. 2).

A importância desse uso racional de fármacos surge, principalmente, devido ao alto nível de consumo e acessibilidade a medicamentos nas últimas décadas em todos os países, conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Leite et al., 2017, p. 2).

Dessa forma, surgiu a necessidade de adotar abordagens que assegurassem o uso adequado dos medicamentos, o que levou à preocupação com a organização e qualificação dos serviços de dispensação de medicamentos (Leite et al., 2017, p. 2).

No entanto, pesquisas e documentos destacam a complexidade dos atos relacionados à prática farmacêutica, considerando as limitações na prestação de serviços aos usuários, como infraestrutura e gestão de serviços. Isso pode resultar em erros de dispensação com impactos significativos na saúde dos usuários (Leite et al., 2017, p. 2).

Diante disso, no Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido feitos investimentos para promover o desenvolvimento e aprimoramento dos serviços farmacêuticos. Isso inclui a capacitação das equipes e a alocação de recursos para estruturação das unidades de dispensação, entre outras iniciativas (Leite et al., 2017, p. 2).

Isso traz à tona a necessidade de compreender as características dos serviços de dispensação de fármacos no Brasil, especialmente a organização desses serviços no SUS. O uso racional de medicamentos vai além da interação médico-paciente e depende da colaboração de vários atores, como governo (em todas as suas esferas), universidades, profissionais de saúde, serviços de saúde públicos e privados, indústria farmacêutica, fornecedores de insumos, usuários e a mídia (Akerman; Freitas, 2017, p. 1).

Com o objetivo de promover o uso responsável de medicamentos, em conformidade com critérios de qualidade, segurança e eficácia, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi desenvolvida. Ela obteve resultados desafiadores, incluindo o acesso equitativo a medicamentos, aprimoramento da logística e gestão dos serviços farmacêuticos, além da implementação de ações voltadas para a prática farmacêutica em unidades de saúde (Akerman; Freitas, 2017, p. 2).

Destaca-se, no entanto, que a PNAUM ressalta a complexidade da dispensação de medicamentos essenciais na atenção primária do SUS. A organização desses serviços varia consideravelmente de acordo com a região do país. O maior desafio é garantir o cumprimento da legislação sanitária específica para os estabelecimentos de dispensação. Os déficits no financiamento da assistência farmacêutica levantam diversas questões, principalmente no âmbito da gestão municipal do SUS (Akerman; Freitas, 2017, p. 2).

Ao analisar os usuários dos serviços de saúde na atenção primária do SUS, identifica-se que o uso de cinco ou mais medicamentos é uma realidade comum, o que pode estar relacionado ao uso excessivo ou inadequado de medicamentos (Akerman; Freitas, 2017, p. 3).

Nessa busca pelo uso racional de medicamentos, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, no documento intitulado "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais" (2022), destaca que desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva políticas que visam facilitar o acesso a medicamentos. Recomenda-se a elaboração de listas nacionais pelos países-membros, a serem periodicamente atualizadas conforme um modelo padrão.

Diante dessa recomendação, o Brasil iniciou, em 1964, a elaboração de listas de medicamentos essenciais, classificados como tal. Isso se deu através do Decreto nº 53.612 de 1964, que definiu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Essa lista foi oficializada em 1975 como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da publicação da portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil, 2022, p. 5).

Essas listas de medicamentos essenciais desempenham um papel fundamental ao garantir o acesso à assistência farmacêutica e promover o uso racional de medicamentos. Essa importância é reforçada por diversos atos normativos, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), que ressaltam o papel da RENAME como instrumento racionalizador das ações na assistência farmacêutica.

Quanto à atualização da RENAME, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), conforme o Decreto nº 7.646/2011, é responsável por

propor essa atualização. Os fundamentos da RENAME são estabelecidos em legislação normativa pactuada entre as três esferas de gestão do SUS, e seus critérios são definidos a partir de uma avaliação que leva em consideração informações sobre eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade e outros critérios baseados em evidências científicas disponíveis sobre os fármacos (Brasil, 2022, p. 10).

A importância da Conitec reside no fato de ser um órgão colegiado de caráter permanente que assessora o Ministério da Saúde na análise e elaboração de estudos de avaliação de pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (Brasil, 2022, p. 10).

É importante destacar que é após a avaliação da Conitec e a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde que os medicamentos e insumos são incorporados, excluídos ou alterados no SUS (Brasil, 2022, p. 10).

Além disso, há a formação de uma subcomissão de intergestores tripartite, encarregada de revisar medicamentos com baixo interesse de mercado ou com restrições de comercialização. Isso visa proporcionar uma seleção de medicamentos eficazes e seguros que fortaleça a RENAME como ferramenta para o uso racional de medicamentos (Brasil, 2022, p. 11).

Outro ponto a ser observado é que a disponibilidade ambulatorial de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado, cada um com suas características, forma de organização, financiamento e critérios para disponibilização de fármacos distintos (Brasil, 2022, p. 13).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica, por exemplo, inclui os medicamentos relacionados aos principais problemas de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde, sendo seu financiamento responsabilidade dos três entes federativos (Brasil, 2022, p. 13).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), por sua vez, é voltado para o acesso de medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas. Isso se deve principalmente às condições socioeconômicas de um grupo específico da sociedade (Brasil, 2022, p. 14).

Cabe ressaltar que o financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos do Cesaf ficam a cargo do Ministério da Saúde, de forma centralizada. No entanto, o recebimento, armazenamento e distribuição são de responsabilidade dos demais entes federativos (Brasil, 2022, p. 14).

Dentre algumas das doenças para as quais o Cesaf garante acesso a medicamentos e insumos, estão a tuberculose, meningite, lúpus e doença de Chagas. Além disso, direciona-se também ao controle de hepatite, IST/aids, entre outros (Brasil, 2022, p. 14-15).

Quanto ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), ele se perfaz, no âmbito do SUS, como estratégia de acesso a medicamentos direcionados a doenças crônico-degenerativas, incluindo doenças raras. As linhas de cuidado do Ceaf são definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Quanto aos medicamentos dessa classe, encontram-se divididos em três grupos de financiamento (Brasil, 2022, p. 15).

É importante salientar que as estratégias do Ceaf são voltadas, sobretudo, ao nível ambulatorial. Alguns dos medicamentos utilizados no âmbito hospitalar, dependendo de suas especificidades, possuem procedimentos hospitalares específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sigtap). Eles são financiados pelo bloco da atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de modo que os medicamentos de uso hospitalar não estão relacionados na Rename (Brasil, 2022, p. 16).

Ato contínuo, ainda a respeito da dispensação de medicamentos, é importante mencionar o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), um dos documentos norteadores do uso de medicamentos no auxílio aos profissionais da saúde. Sua primeira versão foi publicada em 2008 e, com base em informações científicas aparentemente isentas de conflitos de interesses, apresenta indicações terapêuticas, contraindicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas de administração, orientação ao paciente, entre outros (Brasil, 2022, p. 18).

Neste viés, o referido formulário foi dividido em dois volumes, sendo um destinado à versão profissional e outro à versão cidadão, visando facilitar o acesso e fomentar a divulgação de orientações sobre o uso racional de medicamentos. É possível consultar o FTN 2022, inclusive, por meio do aplicativo “MedSUS” (Brasil, 2022, p. 19).

Ainda sobre a dispensação de medicamentos, é importante ressaltar que a Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, regulamenta o "controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos" no Brasil. Ela adota a seguinte definição para dispensação: "ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não".

3.2 AMPLIAÇÃO DE GASTOS, INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E O TDAH

Certamente, um dos principais fatores relacionados à promoção do uso racional de medicamentos e das estratégias para sua adequada utilização é a necessidade de racionalização de recursos, sem comprometer a qualidade dos tratamentos médicos. Dado que os medicamentos representam uma considerável parte dos gastos públicos em saúde, torna-se crucial detectar desvios, ineficácias e eventos adversos decorrentes do uso inadequado, visando o desenvolvimento de políticas governamentais assertivas para a utilização racional destes fármacos (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 475).

No entanto, encontram-se diversos desafios na busca pelo uso racional desses fármacos, principalmente de natureza cultural. Os avanços nas pesquisas de novos fármacos, aliados à promoção comercial, instigaram uma expressiva crença na sociedade sobre o "poder dos medicamentos" (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 476).

Nesse contexto, a produção em escala industrial de medicamentos incentivou a mudança do status destes produtos, que deixaram de ser meros recursos terapêuticos. A prescrição de fármacos tornou-se praticamente obrigatória nas consultas médicas, muitas vezes sendo associada à boa prática médica (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 476).

O marketing em torno das inovações terapêuticas também desempenha um papel relevante ao estimular a utilização irracional de medicamentos. Muitas vezes, são divulgados com promessas atraentes de mudar drasticamente o curso natural de uma doença (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 476).

Conforme abordam Rabello e Camargo Júnior (2012, p. 358), a sociedade contemporânea compartilha e troca informações, em grande parte, por meio da comunicação de massa. Quanto mais ampliado o valor simbólico de um produto, maior é seu valor de troca. É importante ressaltar que a publicidade não cria valores, mas se apropria daqueles já existentes na sociedade, reformulando-os para apresentação

ao público por meio da propaganda. Isso confere à indústria farmacêutica um substrato para o desejo de bem-estar por meio do uso de medicamentos (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 359).

Neste sentido, no desenvolvimento e lançamento de medicamentos no mercado, a indústria farmacêutica desempenha um papel central na formação do imaginário social e das representações sobre os medicamentos, agregando valor simbólico aos fármacos (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 360). É crucial destacar que as informações disseminadas em massa pela indústria farmacêutica afetam não apenas os consumidores, mas também os profissionais de saúde. Isso traz sérios riscos, como a escolha inadequada de medicamentos, exposição a reações adversas, aumento da resistência bacteriana e automedicação, além de desperdícios financeiros por parte de indivíduos e instituições (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 476).

Em relação ao tema, estudos sobre a publicidade de medicamentos demonstram um predomínio de mulheres em propagandas de antidepressivos e ansiolíticos, sendo quatro vezes mais frequentes do que em propagandas voltadas para homens (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 360). Isso ocorre em grande parte devido à medicalização ampla dos corpos femininos, conforme já exposto. No entanto, é importante salientar a crescente medicalização dos corpos masculinos, especialmente os envelhecidos.

Além disso, no que diz respeito à prevalência da medicalização na contemporaneidade, Conrad (2007, p. 61) destaca que uma ampla variedade de novas categorias médicas surgiu nas últimas quatro décadas, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, anorexia e transtornos alimentares, síndrome de fadiga crônica, lesão por esforço repetitivo, fibromialgia, síndrome pré-menstrual, transtorno de estresse pós-traumático e sensibilidade química múltipla, entre outros.

Sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), este serve como um forte exemplo do aumento da medicalização. Conrad (2007) aborda como reivindicações de leigos, profissionais e midiáticas contribuíram para a ampliação do diagnóstico do TDAH.

Importante ressaltar que os diagnósticos psiquiátricos não necessariamente refletem condições objetivas. Muitas vezes, estão influenciados por fatores sociopolíticos. O diagnóstico de "doenças funcionais" pode ser uma solução implicitamente negociada para o sofrimento idiossincrático que não é explicável por uma patologia específica (Conrad, 2007, p. 63).

Nesse contexto, é fundamental esclarecer que a maior parte dos transtornos psiquiátricos é legitimada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Este manual serve como guia oficial para diagnósticos psiquiátricos, embora não seja um documento científico, mas sim uma mistura de valores sociais associados a compromissos políticos e evidências científicas (Conrad, 2007, p. 63).

Em 1980, houve uma mudança significativa no pensamento psiquiátrico. Com o DSM-III, houve uma transição da orientação predominantemente psicanalítica para uma abordagem biomédica e categórica de diagnóstico (Conrad, 2007, p. 63). Essa mudança resultou na identificação de quase quatrocentos diagnósticos distintos no DSM-IV de 1994 (Conrad, 2007, p. 63).

Nesse ínterim, uma das observações relevantes diz respeito à alteração dos critérios para diagnosticar problemas ao longo do tempo. Isso abriu caminho para a flexibilidade de um diagnóstico como o TDAH (Conrad, 2007, p. 63), anteriormente associado principalmente a crianças e posteriormente também a adultos.

Conrad (2007, p. 64) expõe que o TDAH emergiu como uma categoria diagnóstica na década de 1950, sendo então comumente denominado como "disfunção cerebral mínima", "síndrome hiperativa", "distúrbio hiperativo da infância", entre outros. A partir de 1968, passou-se a perceber que o distúrbio infantil caracterizado por excesso de atividade, inquietação, distração e falta de atenção, principalmente em crianças pequenas, geralmente diminuía na adolescência.

Quanto ao diagnóstico, os comportamentos hiperativos de crianças, frequentemente observados na escola, já eram considerados os principais critérios de identificação. O distúrbio tornou-se mais conhecido durante a década de 1960, principalmente devido à publicidade relacionada ao tratamento medicamentoso (Conrad, 2007, p. 64).

Em 1970, estimativas indicavam que entre 250.000 e 500.000 crianças eram identificadas como hiperativas, e acreditava-se que o distúrbio predominava nos meninos (Conrad, 2007, p. 65). A partir da década de 1970, estudos demonstraram que os sintomas de crianças hiperativas persistiam na adolescência e, inclusive, se estendiam até a idade adulta. Surgiu então a noção de "adultos hiperativos" (Conrad, 2007, p. 65).

Nesse contexto, vale destacar que um estudo acompanhou 75 crianças hiperativas até a idade adulta, observando que os sintomas evidentes na infância

permaneciam na vida adulta, como inquietação e falta de concentração. No entanto, notou-se que um acompanhamento na idade adulta jovem resultava em uma diminuição considerável dos sintomas (Conrad, 2007, p. 65).

A análise contínua dos sintomas levou ao foco em déficits de atenção com dois subtipos principais: transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade, sendo este último considerado menos grave (Conrad, 2007, p. 66).

A partir disso, a gama de comportamentos incorporados ao diagnóstico oficial tornou-se mais abrangente, já que as definições introduzidas no DSM-III ampliaram os critérios diagnósticos em relação a sintomas que muitas vezes persistiam na vida adulta (Conrad, 2007, p. 66).

É relevante mencionar que na revisão de 1987, no DSM-III-R, o DDA foi renomeado como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comumente conhecido como TDAH, reafirmando a hiperatividade como sintoma comum, apesar de não ser obrigatória para o diagnóstico do transtorno. Isso possibilitou que mais crianças atendessem aos critérios diagnósticos, resultando em mais de 50% das crianças recebendo o diagnóstico de TDAH com base nesses critérios (Conrad, 2007, p. 66).

Um ponto digno de atenção é que, apesar de o manual não abordar explicitamente o diagnóstico de TDAH em adultos, ele o reconheceu indiretamente. Isso se deu, por exemplo, com a ampliação dos ambientes onde os sintomas poderiam ser observados, incluindo "na sala de aula ou no local de trabalho" (Conrad, 2007, p. 67). No entanto, o critério de exibição de sintomas antes dos 7 anos de idade foi mantido, ressaltando mais uma vez que, apesar de ser referenciado indiretamente, o TDAH em adultos não foi enfatizado (Conrad, 2007, p. 67).

Entretanto, no mesmo ano em que o DSM-III-R foi publicado, surgiram dois textos destinados a leitores leigos que trataram de anunciar uma nova categoria chamada de "adultos com TDAH". Essa categoria se referia a adultos que, apesar de não terem sido diagnosticados na infância, apresentavam sintomas (Conrad, 2007, p. 67).

Nesse ínterim, Conrad (2007, p. 67) menciona o livro publicado por um antigo pesquisador da hiperatividade, Paul Wender, que, em 1987, intitulou o texto como "*The Hyperactive Child, Adolescent, and Adult*". Embora o próprio nome do trabalho faça referência à expressão da hiperatividade em adultos, apenas um capítulo se

dedicava a descrever adultos com sintomas de TDAH. Isso, no entanto, trazia um sério risco, uma vez que o livro visava um público leigo que poderia interpretar de forma distorcida as informações sobre sintomas, diagnósticos e outros aspectos relacionados ao TDAH.

Outro evento que chamou a atenção pública para o TDAH em adultos foi o relato no *New York Times* de um fotógrafo *freelancer* e editor de imagens, Frank Wolkenberg (1987). Ele expôs a descoberta de TDAH durante sua vida, que já aparentemente era bem-sucedida. A condição teria sido identificada quando ele procurou tratamento para depressão, e seu psicólogo, especializado em distúrbios de aprendizagem, diagnosticou o TDAH (Conrad, 2007, p. 67). Wolkenberg (1987) passou a reinterpretar eventos passados de sua vida, sempre os associando ao diagnóstico, como impulsividade, distração, desorganização e volatilidade emocional, como sinais do distúrbio. Isso trouxe muita visibilidade ao seu discurso, colocando a ideia de "adultos com TDAH" no domínio público (Conrad, 2007, p. 67).

Com isso, a consciência pública passou a ter uma visão mais acentuada do TDAH, o que também aumentou a atenção dos profissionais de saúde para o que era considerado um novo problema. Clínicas para adultos com TDAH foram estabelecidas, como a da *Wayne State University* em 1989 e da *University of Massachusetts em Worcester* em 1991 (Conrad, 2007, p. 67). Além disso, houve uma expansão da literatura sobre o TDAH como transtorno em adultos. Em meados da década de 1980, já se contavam mais de quarenta artigos na literatura médica, o que fez com que os artigos sobre adultos com TDAH ganhassem destaque na mídia (Conrad, 2007, p. 68).

Naquele contexto, a mídia televisiva contribuiu para a disseminação da ideia de TDAH em adultos. Os principais programas de televisão da época emitiram suas opiniões sobre a prevalência do distúrbio. Catherine Crier, por exemplo, atribuiu o TDAH a um "distúrbio biológico do cérebro" em adultos, enquanto Timothy Johnson afirmou, no programa *Good Morning America*, que os especialistas estimavam que até 10 milhões de americanos adultos poderiam ter TDAH (Conrad, 2007, p. 69). Dessa forma, o transtorno deixou de se limitar a crianças hiperativas crescidas e passou a incluir um novo grupo de adultos com TDAH. Um alerta foi emitido na capa da revista *Time*, em 1994: "Desorganizado? Distraído? Desordenado? OS MÉDICOS DIZEM QUE VOCÊ PODE TER DISTÚRBIO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. Não são apenas as crianças que têm isso" (Conrad, 2007, p. 69).

Conrad (2007, p. 70) destaca que o maior grupo de apoio ao TDAH, crianças e adultos com transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (CHADD), ajudou a expandir a categorização para incluir adultos. Além disso, passou a afirmar em sua página na web que "AD/HD é um distúrbio da vida que afeta indivíduos de todas as idades". O CHADD defende serviços educacionais para crianças e legislação para proteção no trabalho para adultos com TDAH, posicionando o TDAH como uma condição médica, considerando-o como uma condição neurobiológica e não apenas um transtorno psiquiátrico ou comportamental.

Importa, no entanto, destacar que o CHADD teve sua neutralidade questionada. De acordo com o Relatório Anual de 2004–5 da CHADD, a organização recebeu 22% de sua receita, quase US\$ 4,5 milhões, de empresas farmacêuticas por meio de subsídios educacionais irrestritos. A empresa farmacêutica Ciba-Geigy, fabricante da Ritalina (metilfenidato), a droga mais amplamente prescrita para o tratamento de TDAH, contribuiu significativamente (Conrad, 2007, p. 72).

Quanto aos fármacos, de 1990 a 1999, a produção de metilfenidato cresceu em 700% nos Estados Unidos. Foi apurado que 2,6 milhões de crianças e 729.000 adultos receberam prescrições de Ritalina. Além disso, houve um aumento de 90% entre março de 2002 e junho de 2005 nas prescrições de medicamentos para TDAH para pessoas com 19 anos ou mais. Isso equivale a dizer que os adultos representavam um terço das prescrições de medicamentos (Conrad, 2007, p. 72).

Outro ponto a ser considerado é que o TDAH é tratado como um transtorno vitalício. Isso significa que há o potencial de manter crianças e adultos sob tratamento por tempo indefinido (Conrad, 2007, p. 72).

Neste contexto de ampliação do TDAH, o autodiagnóstico se destaca como um aspecto significativo. Esse fenômeno é amplamente impulsionado pela imprensa popular e por grupos de apoio voltados para o TDAH (Conrad, 2007, p. 74). Com a disseminação do TDAH na mídia, especialmente em jornais e programas televisivos, os adultos passam a reconhecer por si mesmos uma condição associada ao TDAH. Esse comportamento de busca por diagnóstico, baseado na auto-identificação, impulsiona o "motor social que medicaliza certos comportamentos e potenciais problemas de comportamento" (Conrad, 2007, p. 74). Sem esse autodiagnóstico, é provável que a disseminação do TDAH fosse consideravelmente mais limitada (Conrad, 2007, p. 74).

Diller (1997, p. 64, citado por Conrad, 2007, p. 74) destaca que o autodiagnóstico em si deve ser levado em consideração no diagnóstico feito pelo profissional médico. Ele observa que o TDAH em adultos tornou-se a condição autodiagnosticada mais comum em sua prática psiquiátrica. Ele expressa preocupação de que essa condição permita que os pacientes atribuam indiscriminadamente uma causa biológica a diversos aspectos de suas vidas, como falhas no trabalho e no casamento (Conrad, 2007, p. 74).

A partir dessas premissas, chegamos a um ponto crucial: a sociedade está diante de um aumento nos diagnósticos que decorre, em parte, de problemas neurológicos que necessitam de medicação, ou o diagnóstico de TDAH está sendo excessivamente expandido para incluir problemas sociais que não têm relação com o TDAH?

De um lado, não se pode negar que o avanço de estudos, pesquisas e descobertas científicas na área médica está associado a parte do aumento nos diagnósticos. No entanto, por outro lado, é importante reconhecer que a popularização do TDAH, em grande parte promovida pela mídia, por grupos organizacionais interessados e pela indústria farmacêutica, faz com que processos comuns da vida sejam indiscriminadamente ligados a um diagnóstico médico de TDAH, a ser tratado com produtos médicos. Isso ocorre mesmo quando não está diretamente relacionado a problemas neurológicos, o que, inevitavelmente, fundamenta o processo de medicalização.

Esse processo de medicalização, impulsionado pela expansão diagnóstica e pelo uso indiscriminado de medicamentos, como mencionado anteriormente, gera uma série de problemas. Um deles é desviar o foco do que realmente deveria ser abordado pelas instituições como um problema de saúde a ser tratado com medicamentos. Em vez disso, preocupa-se excessivamente com problemas que não são, ou pelo menos não deveriam ser, associados a um tratamento médico. Muitos problemas, incluindo muitos diagnósticos envolvendo o TDAH, indicam fortemente que frustrações ou dificuldades relacionadas a situações comuns da vida estão sendo consideradas para o fechamento de um "diagnóstico" médico.

Ressalto que não é minha intenção generalizar que todo diagnóstico de TDAH não deva ser considerado como médico. Certamente, cabe ao profissional médico analisar efetivos problemas neurológicos que eventualmente exijam o uso de fármacos. No entanto, não podemos esquecer que a mídia e a indústria farmacêutica,

conforme mencionado anteriormente, contribuíram para a expansão indiscriminada de situações enquadradas como TDAH.

Nesse contexto, outro ponto destacado por Conrad (2007, p. 83) é que em 2002, a empresa farmacêutica Eli Lilly iniciou uma campanha de marketing em torno do primeiro medicamento especificamente aprovado e direcionado ao tratamento de TDAH em adultos. Isso foi feito por meio de comerciais de televisão que mostravam um homem distraído esquecendo as chaves do carro e chegando atrasado para cumprir suas tarefas, sugerindo sintomas do TDAH em adultos.

Em 2004, constatou-se que mais de 2 milhões de pacientes, entre crianças e adultos, estavam usando o medicamento em questão: Strattera (cloridrato de atomoxetina) (Conrad, 2007, p. 83).

O TDAH é apenas um dos exemplos entre várias categorias com expansão diagnóstica e medicalizadas, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), alcoolismo, transtorno de personalidade múltipla, entre outros (Conrad, 2007, p. 83).

No caso do alcoolismo, vale mencionar que ele foi medicalizado em grande parte pelos esforços dos movimentos em torno dos Alcoólicos Anônimos. No entanto, a medicalização se expandiu para incluir, por exemplo, filhos adultos de alcoólatras (Conrad, 2007, p. 83).

Diante de tudo isso, um ponto comum é que "a flexibilidade de certos diagnósticos médicos permite a expansão e, portanto, o aumento da medicalização" (Conrad, 2007, p. 84). Isso, em geral, leva à patologização da vida normal e à inclusão de situações que na verdade não requerem tratamento médico.

4 SAÚDE COMO PRODUTO DE CONSUMO

Conrad (2007, p. 153) destaca que a constante transformação no atual sistema médico confere aos consumidores um papel crucial nesse contexto. Isso é especialmente relevante quando consideramos que, com a crescente mercantilização dos fármacos, estes passam a ser equiparados a outros produtos e serviços.

Nesse cenário, hospitais e instituições de saúde entram na competição para atrair os consumidores que movimentam o mercado. Exemplificando a importância dos consumidores na medicalização, podemos citar o caso do TDAH adulto e da cirurgia estética, entre outros (Conrad, 2007, p. 153).

A cirurgia plástica, em grande parte, evidencia o consumismo na medicina, refletido na popularização de procedimentos estéticos como abdominoplastia, lipoaspiração, rinoplastia, aumento de mama, entre outros (Conrad, 2007, p. 153). Isso redefine a medicina como um facilitador de melhorias corporais não necessariamente relacionadas a enfermidades.

Nesse sentido, a influência da mídia nesse setor estimula a busca por esses procedimentos, os quais, em grande parte, são custeados diretamente pelo consumidor, sem o auxílio de planos de saúde.

Rabello e Camargo Júnior (2012, p. 359) afirmam que a estratégia de mediatização do medicamento envolve convencer as pessoas de que o valor de mercado de um medicamento reflete um grande investimento em pesquisa e desenvolvimento. Contudo, essa afirmação é relativizada, já que, segundo Angell e Goozner (2004, p. 65 *apud* Rabello; Camargo, 2012, p. 359), a maioria dos gastos no mercado de medicamentos é destinada ao "marketing e administração", enquanto os gastos com medicamentos em si são consideravelmente menores.

Nesse sentido, argumenta-se que os crescentes gastos da indústria com ensaios clínicos podem, ao menos em parte, ser atribuídos a motivos mercadológicos, já que os estudos fazem parte da estratégia de marketing da indústria (Steiman et al., 2006, p. 45 *apud* Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 359).

Vale ressaltar que a fase de pesquisa básica normalmente fica a cargo de universidades e órgãos de pesquisa financiados com recursos públicos. Isso faz com que a indústria farmacêutica se beneficie da valorização social dessas instituições, resultante da parceria entre a indústria, órgãos públicos como universidades, médicos e empresas (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 359).

Outro fator que estimula a medicalização em prol do consumo são as patentes, que possibilitam a comercialização monopolizada de um medicamento por um longo período. Isso abre caminho para a construção de uma credibilidade cada vez mais sólida, tanto para a marca quanto para a fidelização dos usuários, sejam eles pacientes ou médicos (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 359).

Neste contexto, a constante inovação da indústria farmacêutica também deve ser questionada, já que muitos medicamentos supostamente "novos" são, na verdade, similares a produtos já existentes no mercado há mais tempo (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 360).

A perda da patente do medicamento também possibilita a fabricação de genéricos por outras empresas, o que compensa a perda de receita para a indústria farmacêutica, especialmente devido à redução de preços resultante da perda da patente (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 360).

Contudo, como pontuado por Rabello e Camargo Júnior (2012, p. 360), a indústria farmacêutica tem, de fato, um papel relevante no desenvolvimento e lançamento de medicamentos no mercado. No entanto, sua estratégia primordial está ligada à "construção social do imaginário social e das representações sociais circulantes sobre medicamento".

Além disso, é importante destacar que a forma como os medicamentos são anunciados também está relacionada com a estratégia de persuasão do público. Um estudo sobre o estilo de propaganda e a atitude do consumidor demonstrou que anúncios de medicamentos com apelo racional, em vez de emocional, tendem a ser mais persuasivos. Isso se justifica pela forte associação com o avanço tecnológico e científico (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 361).

Nesse contexto, a Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (1994, p. 68) serviu de base para o estudo de Rabello e Camargo Júnior (2012, p. 362). Eles observaram que grande parte dos anúncios de medicamentos não está diretamente relacionada com as indicações para as quais foram prescritos. Ao contrário, traz à tona noções que se alinham aos interesses da sociedade consumista.

Como exemplo, podemos mencionar a ideia transmitida nos anúncios de que os medicamentos podem garantir bem-estar em diversas situações cotidianas, como no namoro, em casa ou no trabalho. Além disso, alegam que, devido aos avanços tecnológicos, os medicamentos têm a capacidade de solucionar problemas do

organismo, promovendo uma visão mecanicista do corpo (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 363).

A estratégia publicitária dos medicamentos também inclui a menção a profissionais de saúde, com mensagens como "consulte o seu médico". Frequentemente, utiliza-se fontes de letra ilegíveis e artistas na promoção dos medicamentos (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 363).

Além de sua função curativa, os medicamentos são divulgados principalmente pela capacidade de atenuar sintomas associados ao estilo de vida do usuário. Ter o medicamento sempre à mão passa a ser visto como sinônimo de garantia de bem-estar, tornando-se um elemento constantemente presente na vida das pessoas (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 364).

Por conseguinte, as propagandas de medicamentos são hábeis em promover a "fantasia do bem-estar imediato". De acordo com a base da sociedade contemporânea, fortemente consumista, isso fortalece o consumo constante no setor de medicamentos. Essa prática é respaldada pela ciência, vista como algo sólido e confiável (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 364).

Dessa forma, os medicamentos são percebidos como simples mercadorias disponíveis nas prateleiras e, muitas vezes, independem de prescrição médica.

No entanto, seja para medicamentos que requerem prescrição ou não, a propaganda tem como objetivo transformar o espectador em consumidor. Isso é feito através de dois argumentos principais: o medicamento é resultado de pesquisa científica e existe para combater uma doença (Rabello; Camargo Júnior, 2012, p. 365).

Ademais, não podemos ignorar o fato de que a tolerância do público a sintomas leves e problemas considerados benignos está diminuindo. Muitas vezes, os pacientes chegam ao consultório já com uma expectativa de uma solução médica específica, em grande parte devido à intensa propaganda e divulgação de fármacos (Conrad, 2007, p. 154).

Isso nos leva a perceber que a propaganda acaba por normalizar a hipermedicalização. Anteriormente, os medicamentos eram indicados para aqueles que estavam doentes. Atualmente, são direcionados também para aqueles que buscam prevenir doenças.

A seguir, examina-se algumas situações práticas que evidenciam essa normalização da medicalização, impulsionada em grande parte pelo marketing e pelas propagandas.

4.1 TRATAMENTO EXPANSIVO COM ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS

Conforme abordado anteriormente, fatores que estimulam a medicalização na contemporaneidade, como a Indústria Farmacêutica e a mídia, frequentemente promovem um uso excessivo e indiscriminado de medicamentos, ao apresentá-los como soluções mágicas capazes de proporcionar uma vida melhor.

Além disso, a constante evolução do cenário médico e das tecnologias relacionadas a medicamentos, procedimentos e afins, demanda a integração destes no sistema de saúde, que deve gerenciar a alocação de recursos de acordo com as disposições orçamentárias vigentes.

Neste contexto, no que tange à crescente medicalização e seus impactos, destacam-se alguns medicamentos amplamente utilizados em todo o mundo, como os antidepressivos, ansiolíticos e os hipnóticos-sedativos, que compõem o grupo de psicofármacos (Barbi et al., 2019, p. 2).

A título de exemplo, na Inglaterra, entre 1998 e 2010, o número de prescrições aumentou em 72%, passando de 34,7 milhões para 59,8 milhões (Barbi et al., 2019, p. 2). Na mesma linha, na Austrália, de 2000 a 2011, houve um aumento de 59,6% na dispensação. Essa tendência não foi diferente no Brasil, como evidenciado por uma investigação no período de 2007 a 2014, que registrou um gasto federal equivalente a 54,6 milhões de dólares destinados à aquisição de medicamentos relacionados ao sistema nervoso central (Barbi et al., 2019, p. 2).

Não obstante, Barbi et al. (2019, p. 2) apontam que os estudos no Brasil sobre os fármacos dessa classe costumam abordar classes específicas de medicamentos ou realizar análises consideravelmente mais abrangentes, incluindo todos os psicofármacos, "com estimativas de prevalência de uso variando de 7,3% a 25,8%, dependendo do subgrupo populacional avaliado" (Barbi et al., 2019, p. 2).

Neste viés, a questão da sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro, diante da crescente demanda por esses tipos de medicamentos, torna-se motivo de preocupação, uma vez que esses produtos podem consumir até 60% dos orçamentos de saúde (Barbi et al., 2019, p. 2).

Sobre essa classe de fármacos, o estudo de Barbi et al. (2019) realizado no estado de Minas Gerais foi de extrema relevância. Os autores constataram que, entre 2010 e 2015, foram gastos 81 milhões de reais com mais de 1 bilhão de unidades de

medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e hipnótico-sedativos, havendo um aumento considerável na classe de ansiolíticos nesse período, passando de 59 mil para pouco mais de 1,3 milhão de reais (Barbi et al., 2019, p. 6).

De maneira geral, o estudo de Barbi et al. (2019) analisou que, apesar dos gastos de 81 milhões de reais na aquisição dessa classe de medicamentos, as análises sugerem que houve uma preferência por escolhas terapêuticas mais econômicas. No entanto, o aumento nos preços e na quantidade adquirida resultou em um aumento geral nos gastos.

Nesse contexto, foi constatado que os medicamentos antidepressivos foram os principais responsáveis pelo aumento nos gastos e na quantidade adquirida (Barbi et al., 2019, p. 13).

Há autores que argumentam que o aumento no consumo de antidepressivos, pelo menos em parte, se justifica pela melhoria dos critérios de diagnóstico, bem como pela maior disponibilidade de opções terapêuticas e pela postura dos prescritores, que estariam prescrevendo esses fármacos em maior escala aos pacientes (Barbi et al., 2019, p. 13).

Nesse contexto, a literatura indica que adultos e idosos com depressão representam cerca de 30% a 40% do grupo populacional que obtém medicamentos pelo SUS (Barbi et al., 2019, p. 14).

Quanto aos ansiolíticos e hipnótico-sedativos, refletiram em um gasto consideravelmente menor em comparação aos antidepressivos. No entanto, no Brasil, há poucas informações sobre os gastos com esses fármacos (Barbi et al., 2019, p. 14).

Uma investigação de base populacional nacional no setor privado revelou um aumento de 72% no consumo de benzodiazepínicos entre 2010 e 2012, indicando que o sistema público estaria seguindo a tendência de oferecer mais medicamentos dessas classes à população (Barbi et al., 2019, p. 15).

Em relação aos gastos com essa classe de medicamentos, é importante salientar que Barbi et al. (2019, p. 14) observaram que também foi feita uma análise de gastos com medicamentos que não constam nas listas de medicamentos essenciais, como a RENAME, e que esses representaram despesas de 10,6% e 6,9% do total (Barbi et al., 2019, p. 15).

Assim, apesar dos percentuais serem reduzidos em comparação com os gastos totais, surge a questão se as listas de medicamentos estão sendo de fato utilizadas

como guias para as políticas públicas. Isso foi observado a partir de uma avaliação nacional da implementação da RENAME realizada entre 2007 e 2014, que mostrou que gastos significativos com medicamentos não estavam incluídos, totalizando 60,5% do total (Barbi et al., 2019, p. 15).

Cabe ressaltar que os dados utilizados pelos autores na mencionada avaliação refletiram compras relacionadas a órgãos que não fazem parte do SUS.

4.2 RECOMENDAÇÕES E ESTRATÉGIAS EM TORNO DO USO DE MEDICAMENTOS

Na linha do abordado anteriormente, o uso racional de medicamentos tem ganhado mais destaque diante de inúmeros aspectos, incluindo a busca pelo aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante ressaltar que o conceito de Uso Racional de Medicamentos foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985, preconizando que os pacientes devem receber medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses corretas e capazes de atender às suas necessidades individuais, levando em consideração o tempo adequado de uso, bem como um custo adequado tanto para o paciente quanto para a comunidade (Brasil, 2019, p. 14).

Neste sentido, encontram-se os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ganhando relevância tanto na agenda nacional quanto na internacional. Isso se deve ao mau uso de medicamentos, estimando-se, segundo dados da OMS, que mais da metade dos medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes utiliza tais fármacos de maneira incorreta (Brasil, 2019, p. 14).

Além disso, outra preocupação é que, no Brasil, a maior causa de intoxicações, conforme dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), está relacionada ao uso de medicamentos (Brasil, 2019, p. 14).

Assim, constata-se que o uso inadequado e indiscriminado de fármacos pode levar o paciente a óbito, sendo esse uso visto como uma das formas de medicalização da vida, uma vez que é utilizado como forma de “normalizar as pessoas” (Brasil, 2019, p. 14).

Novamente, é importante ressaltar que o medicamento é fundamental no tratamento de certas doenças. No entanto, seu uso indiscriminado e, muitas vezes, desnecessário, ultrapassa a lógica do biopoder (Brasil, 2019, p. 14).

Nesse contexto, chama-se a atenção para o estímulo de que problemas sociais sejam solucionados por meio do uso de medicamentos. Isso é amplamente fortalecido pelas propagandas nos meios de comunicação que promovem a ideia de que remédios podem ser utilizados a qualquer momento, dada a constante disponibilidade. Vale destacar novamente que a indústria farmacêutica investe mais em marketing do que em pesquisa e desenvolvimento (Brasil, 2019, p. 15).

Diante desse quadro e dos esforços para lidar com esse uso desenfreado de medicamentos, a OMS definiu em 2019 uma estratégia global para os próximos cinco anos, em todos os países, na tentativa de reduzir danos considerados graves e evitáveis relacionados aos medicamentos. Para isso, é necessário o engajamento de diversos setores, incluindo instituições de saúde, órgãos reguladores, profissionais da saúde e a própria população, por meio da participação social (Brasil, 2019, p. 15).

O Ministério da Saúde destaca a importância de direcionar atenção ao uso de medicamentos no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA e TDAH), considerando que, em 2016, foram fabricadas 74 toneladas de metilfenidato, medicamento direcionado a esse tratamento, sendo essa a maior taxa já observada. Isso acaba reforçando a concepção de que “é mais fácil medicar a criança do que mudar o sistema de educação” (Brasil, 2019, p. 15).

Com base nisso, é recomendado analisar os benefícios e riscos da administração de medicamentos para o tratamento do TDA e TDAH, levando em consideração se o tratamento será a longo prazo. Além disso, sugere-se considerar outras alternativas terapêuticas não farmacológicas, como intervenções sociais, psicológicas e comportamentais, limitando a intervenção medicamentosa ao estritamente necessário (Brasil, 2019, p. 15).

Ademais, outra preocupação está relacionada à prática de contenção química com o uso de substâncias psicotrópicas. O Brasil é o terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia. Além disso, o Brasil ocupa o sexto lugar como maior produtor dessas substâncias (Brasil, 2019, p. 16).

No que diz respeito a outros medicamentos psicotrópicos amplamente prescritos, destaca-se que o Brasil é o segundo maior consumidor de zolpidem, o segundo maior consumidor de fenobarbital (370 milhões de S-DDD), o maior consumidor de clonazepam (517 milhões de S-DDD), o maior consumidor de midazolam (98 milhões de S-DDD), o terceiro maior consumidor de nitrazepam (16,6

milhões de S-DDD), o segundo maior consumidor de bromazepam (87 milhões de S-DDD), o maior consumidor de diazepam (1 bilhão de S-DDD) e o terceiro maior consumidor de alprazolam (438 milhões de S-DDD) (Brasil, 2019, p. 16).

É necessário dedicar a devida atenção a esse grupo de medicamentos, especialmente considerando a fragilidade do sistema de dados referentes à sua dispensação. Alguns desses fármacos, como o metilfenidato, zolpidem e nitrazepam, sequer fazem parte da RENAME, que, como visto anteriormente, é o documento orientador do financiamento e medicamentos do SUS (Brasil, 2019, p. 16).

Diante disso, o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de a Anvisa ter um papel mais proativo na transparência desses dados e na fiscalização da produção, comercialização, dispensação e uso dessas substâncias em todos os serviços (Brasil, 2019, p. 16).

Ainda nesse contexto, conforme dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2012 e 2016, houve um aumento de 30% na quantidade de serviços do SUS que acompanham pessoas com depressão. Isso evidencia mais uma vez que o medicamento é visto como um meio rápido e fácil de resolver problemas de diversas origens, o que está diretamente relacionado à produtividade na sociedade contemporânea. As pessoas muitas vezes desenvolvem a percepção de que precisam se medicar para ter um bom desempenho no trabalho, por exemplo, e, frequentemente, não têm um entendimento efetivo dos riscos desse comportamento, como a dependência física e/ou psicológica do uso dos fármacos (Brasil, 2019, p. 16).

Em síntese, o que poderia ser considerado como algo normal passa a ser visto como algo patológico, desencadeando inúmeros problemas individuais e sociais. Diante disso, defende-se que seja feito um combate ao fenômeno de medicalização, promovendo ações multidisciplinares que vão além da prescrição de fármacos. Isso requer uma mudança na cultura que associa o direito à saúde à obtenção de uma prescrição de medicamentos (Brasil, 2019, p. 17).

Nesse contexto, destaca-se a criação do Comitê Nacional para a promoção do uso racional de medicamentos (CNPURM), instituído no âmbito do Ministério da Saúde e redefinido pela portaria GM/MS 834, de 14 de maio de 2013, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Esse comitê possui caráter consultivo e tem como finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2019, p. 7).

De forma específica, no Art. 7º, do anexo XXVIII, título I, Capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, constam as competências do CNPURM, que incluem:

- I. identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS;
- II. propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim;
- III. identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IV. contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;
- V. propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- VI. propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da assistência farmacêutica e do SNVS;
- VII. propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos;
- VIII. promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades públicas e privadas em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- IX. propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos.

Ato contínuo, é importante destacar a composição do CNPURM, que é formado por representantes (titulares e suplentes) dos órgãos/entidades, a saber: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Educação (MEC), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Além disso, o CNPURN estabeleceu um planejamento dividido em quatro grandes áreas de atuação: educação, informação, regulação e pesquisa (Brasil, 2019, p. 10).

Nessa perspectiva, a educação visa contribuir para a produção e disseminação de conhecimento sobre o uso racional de medicamentos, com foco na segurança do paciente e na sustentabilidade do sistema. Dessa forma, a estratégia e intervenção estimulariam a incorporação desse tema no ensino formal, bem como na educação permanente para profissionais da saúde e para o controle social. É crucial que essas estratégias incluam não apenas a população, mas também dispensadores, prescritores e organizações civis (Brasil, 2019, p. 10).

Outro aspecto de suma importância é a regulação, capaz de contribuir para a promoção do uso racional dos fármacos. Deveriam ser propostas estratégias aos órgãos e à sociedade para estabelecer e aprimorar os marcos legais sobre o assunto, bem como monitorar os atos normativos em tramitação (Brasil, 2019, p. 10).

No que tange à pesquisa, o CNPURN apoia as iniciativas nacionais de produção de conhecimento sobre o uso racional de medicamentos nas áreas de informação, educação e regulação, além de promover atividades que estimulem a produção de conhecimento científico sobre o tema (Brasil, 2019, p. 10).

Ademais, entre as recomendações e estratégias estão a elaboração de diretrizes para desprescrição, conciliação e redução do uso de psicofármacos; a promoção de articulações intersetoriais para desmedicalização, que inclui, por exemplo, a criação de uma base de dados sobre o consumo de psicotrópicos nos sistemas de saúde prisional e socioeducativo, e a elaboração de uma revisão sistemática com os estudos disponíveis sobre os gastos com supermedicalização (Brasil, 2019, p. 18).

Há também a estratégia de promover o enfrentamento da cultura da medicalização da vida por meio de estratégias de comunicação que visam à elaboração de campanhas para conscientizar sobre os riscos do uso abusivo de psicofármacos com base em evidências, visando tanto o público em geral quanto os profissionais da saúde; a realização de uma campanha nacional sobre o uso racional de fármacos nos meios de comunicação (TV, rádio e mídias sociais) para a população, além da criação de um banco de informações sobre práticas desmedicalizantes e de desprescrição de psicofármacos no SUS, com o objetivo de produzir documentos que subsidiem a prática (Brasil, 2019, p. 18).

Por meio das inúmeras recomendações contidas no documento do Ministério da Saúde, verifica-se a necessidade de promover ações capazes de conter o uso irracional de medicamentos, destacando-se, nesse ínterim, a relevância de que os debates possam ir muito além do setor da saúde, estendendo-se aos setores de assistência social, socioeducativo e jurídico.

Essa necessidade se justifica pelo argumento de que existe uma cultura de medicalização na sociedade contemporânea, fomentada em grande parte pela mídia, que promove o uso ampliado e indiscriminado de fármacos, levando os usuários do sistema – população em geral e também os profissionais da área da saúde – a recorrerem quase sempre a um remédio para tratar quaisquer aspectos relativos à vida, aspectos estes que até então eram considerados comuns.

Nesse sentido, depreende-se que a sociedade contemporânea não tem direcionado tratamentos médicos que, em todas as ocasiões, estejam necessária e efetivamente relacionados a um problema médico real a ser tratado com medicamentos.

Além disso, não se verifica que na sociedade atual todo e qualquer caso se justifique pelo aumento de diagnósticos, que seriam fomentados por um maior número de pesquisas e descobertas científicas.

Na verdade, apesar de haver um maior número de diagnósticos em comparação com o nível histórico, é nítido que diversos aspectos ensejam a medicalização, o que é fomentado principalmente pela mídia promovida pela Indústria Farmacêutica, que incentiva o uso cada vez maior de medicamentos para diversas situações cotidianas que não necessariamente teriam que ser tratadas como problemas médicos.

Diante desse uso exacerbado e indiscriminado de medicamentos, as estratégias de controle direcionadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde são dignas de reconhecimento, sobretudo considerando o impacto desse uso maciço de fármacos no Sistema Público de Saúde. Afinal de contas, quanto maior a demanda e estímulo ao uso de medicamentos, maiores são as responsabilidades do SUS no que diz respeito aos subsídios para dispensação desses fármacos à população, o que certamente deve ser alvo de políticas públicas específicas.

Não obstante, como possíveis respostas a esse problema, a reclassificação de alguns “problemas médicos” para “problemas sociais” a serem resolvidos por outras

esferas, quando houver indícios efetivos de que um problema não tem um diagnóstico médico real, soa como um bom caminho.

5 O IMPACTO ORÇAMENTÁRIO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O "complexo industrial da saúde" é visto como um setor vital da economia mundial (Pereira Filho, 2014, p. 70), sendo uma das áreas mais regulamentadas da economia em quase todos os países, com exceção daqueles muito subdesenvolvidos, economicamente e politicamente (Barberato Filho; Lopes, 2007, p. 5).

Nesta linha, no Brasil, assim como em muitos outros países, o mercado farmacêutico se revela muito atrativo. Em 2017, o faturamento da Indústria Farmacêutica no Brasil chegou a R\$ 69,5 bilhões, o que evidencia um alerta para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), diante do teto de gastos para as despesas com as políticas públicas no governo federal (Vieira, 2019, p. 25).

Pontua-se que, dentre os fatores de expansão do setor, encontram-se uma maior conscientização de que é necessário cuidar mais da saúde, a fixação de novas tecnologias, bem como a longevidade da população. Levando-se em consideração dados do IBGE que apontam para um crescimento ininterrupto da população acima dos 60 anos, há a previsão de que esta estatística dobre em 20 anos, atingindo, em 2050, 30% do total de brasileiros (Pereira Filho, 2014, p. 70).

Ademais, é importante salientar que o acesso a medicamentos é reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um componente do direito à saúde, por ser o meio pelo qual os indivíduos podem obter altos padrões de saúde física e mental. Isso impõe a necessidade de que os governos utilizem o conhecimento científico para selecionar ao mesmo tempo medicamentos revestidos de valor terapêutico com menor impacto econômico, a fim de garantir a sustentabilidade do sistema (Vieira, 2019, p. 7).

Nesta senda, a questão da garantia de acesso a medicamentos foi disposta no topo de prioridades da ONU, envolvendo para além das agências de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e agências que lidam com questões econômicas. Sendo reconhecido que este tema afeta todos os países (Vieira, 2019, p. 8).

Diante disso, tem-se como consequência um aumento de custos de assistência à saúde, o que envolve, segundo economistas, grande complexidade de gestão na economia, por abranger desde a promoção à saúde até problemas complexos de doenças. Isso ressalta a necessidade de ao menos uma regulação do Estado,

principalmente devido à constante evolução do setor de conhecimento relativo à saúde, o que gera, inevitavelmente, impactos à economia (Pereira Filho, 2014, p. 71).

A respeito desta assistência à saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o responsável pela gestão de tecnologias, definição de fluxos e processos para a incorporação tecnológica e oferta de medicamentos, tanto os essenciais como os destinados a doenças raras (Vieira, 2019, p. 8).

No que tange à disponibilização e acessibilidade dos medicamentos por parte do governo em suas jurisdições, sustenta-se a existência de quatro dimensões, a saber: a geográfica, visto que deve abranger todo o território; a econômica, uma vez que os medicamentos devem ser acessíveis à sociedade; ética, posto que não deve haver qualquer discriminação entre os indivíduos; e informacional, pois deve haver a disponibilização de informações confiáveis aos usuários do sistema de saúde (Vieira, 2019, p. 7).

Ainda, é importante frisar que esta assistência à saúde é composta por três grandes grupos de novas tecnologias, denominadas como (a) as de suporte à vida (monitores, respiradores, aparelhos de diálise, marca-passos etc.); (b) diagnósticas (tomografia, ressonância, medicina nuclear, testes genéticos etc.) e (c) cirúrgicas e próteses (stents etc.) (Pereira Filho, 2014, p. 71).

A atratividade econômica do complexo médico-industrial diante da alta lucratividade subsidiou os mencionados avanços tecnológicos, o que traz à tona alguns questionamentos, como se se deve despender recursos nas melhores tecnologias ou "investir em tratamentos convencionais para as doenças mais comuns, combate à desnutrição, saneamento básico e doenças infectocontagiosas" (Pereira Filho, 2014, p. 72).

Pereira Filho (2014, p. 72) assevera que subsistemas compõem o complexo industrial da saúde, interagindo entre si, como a indústria química; biotecnológica; mecânica; eletrônica; de materiais; de prestação de serviço, todos altamente competitivos, devido ao elevado potencial de inovação.

Neste contexto, é característica no Brasil uma histórica desarticulação desses subsistemas que, ao não considerar o caráter sistêmico, principalmente pelo considerável volume de importações que reflete em obstáculos para a oferta de bens e serviços, vulnerabiliza a política nacional de saúde, o que reflete em prejuízos à produção e inovação (Pereira Filho, 2014, p. 72).

A respeito disso, destaca-se que a produção nacional se revela fraca e que o "oligopólio nacional da saúde coletiva brasileira ameaça a gestão da saúde coletiva brasileira" (Pereira Filho, 2014, p. 73), considerando que os grandes laboratórios negligenciam doenças de considerável prevalência no Brasil, como a doença de Chagas, tuberculose etc., tendo ocorrido investimentos da Hemobrás visando à autossuficiência do país, o que foi feito com vacinas, sangue e hemoderivados e quebra de antirretrovirais (Pereira Filho, 2014, p. 73).

Neste viés, depreende-se a necessidade de regular um mercado nacional bilionário aliando-a à sustentabilidade do sistema de saúde, o que desencadeia a relevância de um planejamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas, "que constituem meios para a garantia de acesso a medicamentos" (Vieira, 2018, p. 7), bem como traz à tona a necessidade de observância sobre os orçamentos públicos em torno da dispensação de medicamentos.

É preciso pontuar que é questão de suma importância para a política pública de saúde a garantia de acesso a medicamentos, considerando que ao longo dos anos constatou-se que o gasto com medicamentos nos lares contribuiu com 65,7%, em 2008-2009, por exemplo, para o aumento do número de domicílios vivendo abaixo da linha da pobreza (Vieira, 2018, p. 9).

A respeito disso, são relevantes os avanços do Brasil no que tange à implementação e aperfeiçoamento dos programas de assistência farmacêutica visando a garantia de acesso a medicamentos, considerando-se que programas como a Farmácia Popular do Brasil tenham sido um considerável fator redutor do comprometimento da renda das famílias mais pobres com a compra de medicamentos, principalmente no que diz respeito a doenças crônicas (Vieira, 2018, p. 9).

Neste sentido, são relevantes os dados que apontam que houve uma redução de internações e óbitos por doenças crônicas devido à ampliação do acesso de medicamentos por meio do programa, o que refletiu em uma expressiva diminuição de internações e óbitos relacionados à hipertensão e diabetes – 27,6% e 8%, respectivamente – no período de 2006 a 2016 (Vieira, 2018, p. 22).

Não obstante, teria se constatado pouca evolução de gastos das famílias com produtos farmacêuticos, apurando-se, segundo dados do IBGE (2012; 2015), que o financiamento realizado por elas para o consumo final de medicamentos no Brasil tem

se mantido em torno de 90%, e o do governo em aproximadamente 10% no período de 2007 a 2015 (Vieira, 2018, p. 10).

Em relação aos gastos do SUS com medicamentos nas três esferas do governo, apurou-se um gasto de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015, caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (Vieira, 2018, p. 15). Os gastos com a Farmácia Popular também atingiram alto crescimento, destacando-se os índices de 580% e 53% entre 2010 e 2016, respectivamente (Vieira, 2018, p. 17).

Nesta perspectiva, sustenta-se que o SUS tem desempenhado um forte papel na garantia do acesso a medicamentos desde o final da década de 1990, apurando-se, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, que entre 2013 e 2014, 47,5% das pessoas que tiveram acesso a medicamentos prescritos para doenças crônicas conseguiram os fármacos gratuitamente, com prevalência de acesso aos mais pobres (Vieira, 2018, p. 20).

Não obstante, argumenta-se que os avanços na oferta de produtos farmacêuticos ainda são insuficientes para assegurar que a população não tenha que despendar recursos próprios para custear certos produtos medicamentosos, o que acaba por comprometer a renda de famílias pobres (Vieira, 2019, p. 8).

De outro lado, o aumento do quantitativo de decisões judiciais em torno de medicamentos (judicialização da saúde), tecnologias e procedimentos a serem custeados pela administração pública, com ênfase em produtos experimentais, estaria "tensionando o sistema e causando certa desorganização" (Vieira, 2019, p. 9).

Neste cenário, ressalta-se a preocupação de que o SUS, sobretudo diante da constante ampliação da demanda de bens e consumos, em uma conjuntura de restrição orçamentária pautada pela crise econômica e austeridade fiscal, não tenha uma capacidade de resposta necessária no que tange à incorporação de medicamentos (Vieira, 2019, p. 9).

Diante disso, faz-se necessário a análise dos desafios e estratégias do Estado para o adequado enfrentamento à incorporação de medicamentos no SUS.

5.1 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As decisões relativas à incorporação, exclusão ou alteração de novos procedimentos, produtos e medicamentos são tomadas pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, assessorada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), com base na Lei 12.401/2011 (Vieira, 2019, p. 13).

Impende ressaltar que, dentre os critérios de avaliação pelo Conitec, avalia-se a eficácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento, bem como a avaliação econômica dos benefícios e dos custos em comparação às tecnologias já incorporadas (Vieira, 2019, p. 13).

Pontua-se que entre 2012 e 2016, a maioria das solicitações por produto à Conitec refere-se a medicamentos. Dentre estas, 59,7% são pedidos de incorporação, evidenciando que a Conitec atua de acordo com a demanda. Dessa forma, o volume de solicitações proveniente das Indústrias Farmacêuticas tem o potencial de "sobrecarregar a comissão e sobrepor os interesses do mercado às prioridades políticas de saúde no país" (Vieira, 2019, p. 17).

Outro fator a ser observado é que entre 2012 e 2015, apenas 11% das tecnologias avaliadas pela comissão estavam relacionadas a "doenças da pobreza". Notavelmente, 79% das recomendações direcionavam-se a doenças globais não transmissíveis e 10% a doenças globais transmissíveis (Vieira, 2019, p. 15).

Nesta senda, no que diz respeito aos critérios adotados nas decisões, é importante destacar que, apesar de a Conitec utilizar evidências extraídas de avaliações econômicas para comparar tecnologias solicitadas com as já disponíveis no SUS, a comissão não adota explicitamente um limiar de custo-efetividade. Isso impacta na transparência quanto ao parâmetro de deliberação das vantagens de uma tecnologia comparada à outra (Vieira, 2019, p. 15).

Com isso, há defensores da ideia de que seria desejável estabelecer um limiar de custo-efetividade explícito no Brasil, o que facilitaria o entendimento das avaliações econômicas (Vieira, 2019, p. 15). Por outro lado, alguns autores têm a preocupação de que a adoção desse parâmetro possa ocorrer sem uma devida sustentação mercadológica e adequação à realidade econômica nacional. Argumentam também que explicitar esse parâmetro poderia levar a manipulações nos valores das razões de custo-efetividade, uma vez que os estudos são geralmente financiados pelas indústrias farmacêuticas (Vieira, 2019, p. 16).

Neste ínterim, destaca-se que o uso das avaliações econômicas em tomadas de decisões permanece como questão em aberto no SUS. São necessárias discussões e aprofundamentos, uma vez que não seria recomendado que o Brasil adote limiares de custo-efetividade de outros países (Vieira, 2019, p. 16).

Vieira (2019, p. 16) aponta, a respeito disso, que no período de 2012 a 2016, ao analisar os relatórios de recomendação publicados pelo Conitec, verificou-se uma considerável variabilidade nas características das evidências usadas nas decisões da comissão e nas consideradas obrigatórias. Isso indica problemas no processo decisório (Vieira, 2019, p. 16).

Ato contínuo, a respeito das evidências econômicas no processo decisório, torna-se necessário realizar estudos sobre o impacto orçamentário. Não é suficiente considerar apenas se um medicamento é custo-efetivo em relação a outro, é imperativo também levar em conta a disponibilidade de recursos no sistema de saúde, visando oferecer uma quantidade suficiente de tratamentos e no momento oportuno para os pacientes (Vieira, 2019, p. 17).

Neste sentido, o Ministério da Saúde editou um manual que versa sobre as diretrizes para a realização de estudos de impacto orçamentário. Contudo, na prática, pouco se sabe sobre a observância dessas diretrizes, o que pode resultar em decisões de incorporação de tecnologias sendo tomadas sem levar em consideração as restrições orçamentárias dos entes da Federação (Vieira, 2019, p. 17).

Com base no exposto, verifica-se que a Conitec concentra em si o processo de avaliação de tecnologias do SUS. Entretanto, a Lei 12.401/2011 possibilita que os demais entes da federação incorporem medicamentos de forma suplementar, no caso de inexistente protocolo ou diretriz terapêutica em âmbito nacional. Isso, apesar de ter sua importância, especialmente para adequações epidemiológicas locais, abre caminho para a incorporação de produtos que não têm um valor terapêutico precisamente estabelecido ou que tenham um custo sobremaneira elevado (Vieira, 2019, p. 17).

Em 2006, é importante salientar que um estudo apontou que o Brasil ainda precisava avançar na institucionalização e qualificação de comissões farmacoterapêuticas no SUS. Mesmo que tenha transcorrido algum tempo desde a análise, não há indícios de que a realidade nacional em torno da avaliação de tecnologias e economia da saúde no país tenha sofrido mudanças (Vieira, 2019, p. 18).

Continuamente, no que tange à regulação do processo de incorporação tecnológica, vislumbram-se alguns limites impostos pela Lei 12.401 de 2011, que veda que os entes da federação procedam ao pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamentos, produtos e procedimentos clínicos ou cirúrgicos experimentais que não tenham registro ou não sejam autorizados pela ANVISA (Vieira, 2019, p. 18).

Referida vedação contribuiria, a partir da mencionada proibição, para o uso racional de medicamentos no SUS, uma vez que um dos requisitos para o registro dos produtos na agência seria a comprovação científica de eficácia. Contudo, referido regramento ainda não se revela suficiente para "evitar que as secretarias de saúde incorporem alternativas menos vantajosas terapêutica e economicamente para doenças cujo tratamento não esteja regulado em protocolo clínico e diretrizes terapêuticas" (Vieira, 2019, p. 18).

Desta forma, o cenário atual aponta avanços no processo de avaliação de tecnologias do SUS. No entanto, ainda se enfrentam muitos desafios, como demandas de investimentos em recursos humanos, processos de trabalho e pesquisas, além do apoio político para que se atinja o aprimoramento das dinâmicas de avaliação técnica e tomadas de decisão (Vieira, 2019, p. 18).

5.2 GASTOS COM MEDICAMENTOS

Vieira (2019, p. 19) destaca que as despesas com consumo final de medicamentos no Brasil atingiram valores exorbitantes, chegando a R\$ 103,4 bilhões em 2015. Deste total, R\$ 92,5 bilhões, o equivalente a 89,5%, foram gastos pelas famílias, enquanto R\$ 10,9 bilhões, correspondendo a 10,5%, foram assumidos pelo governo, de acordo com dados do IBGE (2017). Isso evidencia a significativa participação das famílias brasileiras nos gastos com medicamentos no país.

É importante esclarecer que as famílias adquirem muitos produtos sem a necessidade de prescrição médica, mesmo que o medicamento esteja sujeito a essa exigência, como no caso dos chamados de tarja vermelha (Vieira, 2019, p. 19). Por outro lado, a administração pública regula a oferta por meio da elaboração da lista de medicamentos, levando em consideração critérios como eficácia, efetividade, segurança e custo-efetividade. Além disso, a dispensação de medicamentos ocorre mediante prescrição médica, visando a racionalidade no uso e economia na aquisição (Vieira, 2019, p. 20).

Em relação à perspectiva orçamentária, constatou-se um maior esforço do governo federal, englobando as três esferas de governo, no financiamento da oferta de medicamentos no SUS, totalizando 85% dos gastos com esses produtos em 2017 (Vieira, 2019, p. 20). Entretanto, os gastos do SUS apresentaram uma variação negativa em 2017 em comparação a 2015, com queda de -64% para os Estados, -43% para os municípios e -2% para a União (Vieira, 2019, p. 21).

Dessa forma, foi observada uma diminuição nos gastos do Governo Federal, registrando uma queda de 9,9% entre 2016 e 2017, passando de 16,1 bilhões para R\$ 14,5 bilhões (Vieira, 2019, p. 21). Isso contrasta com os índices de aumento entre 2010 e 2016, que foram de R\$ 10,5 bilhões para R\$ 16,1 bilhões, representando um aumento de 53% (Vieira, 2019, p. 21).

Argumenta-se que o aumento observado entre 2010 e 2016 pode ser explicado pela centralização da aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde (MS), organização dos processos de avaliação de tecnologias com a criação da Conitec, além da incorporação de novos produtos farmacêuticos, e a implementação da gratuidade no acesso a medicamentos para o tratamento de doenças como hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular no Brasil (Vieira, 2019, p. 21).

Por outro lado, a redução nos anos de 2016 e 2017 nos gastos do MS não era esperada a curto prazo, mesmo diante da recessão econômica do país e da Emenda Constitucional nº 95, que impõe o congelamento de aplicações mínimas em saúde da União. Isso é especialmente relevante considerando o aumento da judicialização da saúde e a incorporação de novos produtos, inicialmente mais dispendiosos que outros já disponíveis, o que tende a impactar nos gastos com medicamentos (Vieira, 2019, p. 21).

Diante disso, surge a dúvida se a redução nos gastos com medicamentos e, conseqüentemente, o comprometimento da oferta dos produtos pelo Governo Federal, se justificou pela crise econômica e austeridade fiscal, ou se essa queda nos gastos se baseou na redução de preços ou outros fatores (Vieira, 2019, p. 21).

Vieira (2019, p. 21) ressalta a importância de esclarecer os fatores que contribuíram para essa redução nos gastos, uma vez que isso poderia indicar um retrocesso na oferta de medicamentos, o que prejudicaria o acesso da população a esses produtos. Além disso, destaca-se a redução nos gastos com a Farmácia Popular entre 2015 e 2017, uma queda de 9%, em comparação aos anos de 2010 a 2015, quando o programa atingiu o maior patamar de despesas (Vieira, 2019, p. 21).

Cabe ressaltar que a questão da redução na oferta de medicamentos teria, inicialmente, impactos sociais, especialmente considerando que o gasto direto com a compra de medicamentos no Brasil é elevado e afeta de forma proporcional as famílias de menor renda (Silveira; Osório; Piola, 2007; Garcia et al., 2013; Boing et al., 2014, apud Vieira, 2019, p. 25).

No entanto, Vieira (2019, p. 25) faz a importante ressalva de que a redução de gastos não necessariamente implica uma redução na cobertura, pois é possível que os preços dos produtos adquiridos tenham diminuído, assim como as medidas para a racionalização de medicamentos podem ter surtido efeito, o que poderia resultar em uma alocação mais eficiente de recursos.

Além disso, o aumento nos gastos não implica automaticamente em uma ampliação na cobertura. Mesmo com gastos elevados, pode-se observar uma concentração de despesas que beneficia uma pequena parcela da população, entre diversos outros aspectos (Vieira, 2019, p. 25).

Diante desse cenário, é evidente a necessidade de um maior aporte de recursos para o financiamento do SUS, uma vez que o sistema enfrenta desafios decorrentes de fatores econômicos e políticos. É crucial que o orçamento disponível seja gerido de maneira cuidadosa para não comprometer a disponibilidade de outros bens e serviços à população (Vieira, 2019, p. 26).

A partir da disponibilidade de medicamentos, torna-se claro que não seria razoável garantir produtos de última geração para apenas alguns cidadãos, enquanto outros ficam sem acesso a medicamentos essenciais. Isso resultaria em uma desigualdade na oferta de cuidados, o que ressalta a necessidade contínua de pesquisas para investigar o acesso a medicamentos em todo o país, visando ao conhecimento da realidade nacional e à distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis (Vieira, 2019, p. 29).

Nesse contexto de avaliação de tecnologias, é imprescindível a utilização de evidências científicas que abordem critérios como segurança, eficácia, efetividade e custo-efetividade de medicamentos, levando em conta a realidade do sistema público de saúde. No entanto, isso não resolve completamente a questão dos impactos orçamentários enfrentados pelo SUS.

Vieira (2019, p. 28) enfatiza a necessidade de estabelecer um limite anual de orçamento a ser destinado a novas incorporações. Isso levaria a administração pública a ponderar junto à sociedade se um tratamento é muito oneroso para ser

oferecido, o que certamente não seria uma tarefa fácil, especialmente considerando o amplo cenário da judicialização da saúde e a visão da sociedade sobre a "obrigatoriedade" de fornecer todo e qualquer tratamento/medicamento.

Em relação a essa judicialização, é relevante destacar que entre 2009 e 2015, o Ministério da Saúde teve um gasto com medicamentos solicitados judicialmente correspondente a R\$ 3,4 bilhões em 2015, chegando a R\$ 715 milhões em 2016 (Vieira, 2018, p. 23).

Nesse contexto, o crescimento real do gasto com ações judiciais envolvendo medicamentos atingiu 547% entre 2010 e 2016, passando de R\$ 199,6 milhões para R\$ 1,3 bilhão em valores no ano de 2016 (Vieira, 2018, p. 23). Entre os medicamentos mais solicitados na via judicial estão os destinados ao tratamento de doenças raras e de diabetes. Das cinco tecnologias mais requeridas, incluem-se insulina glargina, insulina lispro, insulina asparte e eculizumabe (Vieira, 2018, p. 23).

Além disso, é importante ressaltar que em 2015, mais da metade das vinte tecnologias mais caras demandadas ao Ministério da Saúde na esfera judicial não possuía registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que sugere que o aumento de gastos com o componente estratégico e especializado da assistência farmacêutica tem suas bases nas demandas judiciais (Vieira, 2018, p. 23).

Dessa forma, a judicialização da saúde tem gerado preocupação entre gestores públicos e pesquisadores da área, diante do potencial de ampliar desigualdades em nosso sistema de saúde. Isso se dá pelo fato de o acesso ao sistema de justiça no Brasil ser desigual, contribuindo para que "grupos socioeconomicamente mais favorecidos acionem mais o Poder Judiciário do que os menos favorecidos" (Ferraz e Vieira, 2009, *apud* Vieira, 2018, p. 24).

Além disso, argumenta-se que, além das ações com gastos judiciais relacionados ao aumento de gastos com medicamentos, está a incorporação tecnológica que se mostra como um possível valor significativo nesses gastos. Considerando o período entre 2012 e 2016, 55% das submissões à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) referiam-se a solicitações de incorporações de produtos farmacêuticos, tendo havido a incorporação de 54% dos medicamentos solicitados (Vieira, 2018, p. 24).

A partir disso, surge a reflexão sobre se seria justo garantir o direito de apenas alguns indivíduos de acessar um medicamento novo, com evidências ainda não

consolidadas, em um eventual detrimento do acesso a medicamentos essenciais a uma gama de pessoas (Vieira, 2019, p. 29).

Nesta linha, diante de uma inegável escassez de recursos diante do limite dado ao orçamento público, as pesquisas contínuas em torno do acesso de medicamentos se revelam fundamentais visando possibilitar o monitoramento de impactos nas políticas públicas que versam sobre o acesso a medicamentos e a gestão de tecnologias no SUS (Vieira, 2019, p. 29).

Isto porque, conforme Pereira Filho (2014, p. 69), o objetivo da regulação de novas tecnologias é impedir gastos desnecessários para garantir o acesso de quem realmente precisa, estando “a evolução da tecnociência em saúde e o estrondoso aumento dos custos assistenciais” dentre um dos grandes dilemas bioéticos do século XXI.

A respeito do assunto, defende-se que a análise em torno do acesso de medicamentos deve envolver mudança de paradigma, sobretudo a consideração sobre os recursos disponíveis aptos a viabilizar a oferta de cuidados da saúde, além da análise de inovação, forças do mercado e das agendas internacionais (Vieira, 2018, p. 19).

Além disso, conforme pontuado anteriormente, é relevante a transparência do orçamento, da alocação de recursos e de gastos, uma vez que contribui para a identificação e discussão de prioridades governamentais de políticas e programas, possibilitando uma efetiva troca de informações que norteie tomadas de decisões e contribuindo para a melhoria da gestão dos recursos disponíveis (Vieira, 2018, p. 20).

É importante, ainda, destacar que anteriormente o Ministério da Saúde repassava aos estados e ao Distrito Federal um valor fixo por insumo, “correspondente à quantidade dispensada pelo ente da federação que ficava responsável pelo cofinanciamento, aquisição e dispensação de produtos” (Vieira, 2018, p. 29).

Contudo, em decorrência de uma série de impasses, como a capacidade de conduzir processos de aquisição de medicamentos, diante da proteção por meio de patentes e variação de preços, por exemplo, houve um redirecionamento para que houvesse a concentração de compras de partes dos itens do componente especializado pelo Ministério da Saúde, resultando em um “novo pacto no tocante às competências das três esferas de governo na aquisição e dispensação desses medicamentos no SUS e na edição de portarias que estabelecem a mudança de responsabilidade da aquisição de determinados medicamentos” (Vieira, 2018, p. 27).

Neste sentido, referida medida seria justificável do ponto de vista econômico; porém, por outro lado, argumenta-se que a manutenção da prescrição e dispensação de medicamentos sob responsabilidade dos estados refletiria em um controle menos rígido de requisitos para acesso a medicamentos (Vieira, 2018, p. 27).

Não obstante, esta concentração por parte do Ministério da Saúde poderia explicar, ao menos em parte, o aumento de gastos no componente em questão (Vieira, 2018, p. 28).

Ademais, outro fator que teria contribuído para este aumento teria sido a incorporação tecnológica, que diz respeito, na maioria, a medicamentos novos, a exemplo de anti-infecciosos de uso sistêmico, antineoplásicos e agentes imunomoduladores, ficando o financiamento a cargo do Ministério da Saúde, exclusivamente (Vieira, 2018, p. 28).

Nesta senda, observa-se houve um aumento nos últimos anos do número de medicamentos incorporados ao SUS, com financiamento garantido pelo governo federal (Vieira, 2018, p. 28).

Com base nos fatores abordados, observa-se que a garantia de acesso a medicamentos à população é inevitavelmente uma situação complexa e, especialmente na América Latina, verificam-se desafios como os listados abaixo (Vieira, 2018, p. 30):

- i) a adesão dos prescritores às listas de medicamentos e a redução da variabilidade na prática clínica;
- ii) a agregação das compras públicas para obtenção de ganhos de escala;
- iii) a implementação de sistemas de informação para alocação de recursos e controle; e
- iv) a implementação de formulários terapêuticos, da dispensação de medicamentos como parte da atenção farmacêutica e de medidas para prevenir a automedicação.

Essas são questões que não estão resolvidas no Brasil.

Além disso, uma questão de salutar relevância é que, diante da pressão desempenhada pelos medicamentos e dos limites decorrentes do teto de gastos, depreende-se uma realidade em que esses medicamentos acabam comprometendo de forma significativa a disponibilidade de recursos federais para a oferta de outros bens e serviços de saúde (Vieira, 2018, p. 31). Isso torna de suma relevância lançar um olhar mais acurado para o controle social do orçamento público em saúde, visando

a uma melhoria na gestão de recursos, sobretudo considerando uma dispensação equitativa de medicamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, inicialmente, foi abordado o conceito social de saúde e doença ao longo da história. Ficou evidente que as doenças estiveram presentes na vida da população desde os primórdios.

No entanto, de forma primordial e primitiva, o conceito de doença era formulado em termos sobrenaturais, ou seja, com base em explicações místicas e religiosas, como foi compreendido de antigos protocolos de saúde e doença (Porter, 2005). Ao longo do tempo, apesar de muitos tipos básicos de doenças terem persistido, a incidência variou de acordo com o período e o local histórico. Isso se deve, principalmente, à soma de fatores sociais, econômicos e demográficos que podem influenciar diretamente na disseminação de infecções, como ocorreu desde a Idade Média, com a expressiva disseminação de certas doenças, como a lepra, tuberculose e a gripe, que eram conhecidas como "suores ingleses".

Ademais, foi constatado que ao longo do tempo, algumas doenças deixaram de ser consideradas como tal. Isso pode ocorrer por diversos fatores, desde descobertas na área da saúde que desqualificam a ideia de que determinada situação é efetivamente um problema de saúde, até mudanças no seio social que alteram a forma como a situação é encarada. Um exemplo disso é o homoafetismo, que hoje não é mais considerado uma enfermidade, embora o tenha sido no passado.

Assim, buscou-se chamar a atenção não apenas para as questões exclusivamente relacionadas à saúde, mas também para os aspectos sociais que as envolvem. É evidente a clara influência dessas concepções sociais no conceito de doença ao longo do tempo, influência esta que perdura até os dias atuais.

Por outro lado, ao longo do tempo, também se verifica que algumas medidas tomadas por autoridades políticas para aparentemente conter o avanço de determinada doença têm, na verdade, o objetivo principal de proteger a ordem econômica e política. Isso foi evidente, por exemplo, durante o período da peste negra. Devido ao considerável potencial de disseminação, existia uma ameaça ao status quo político representada pelo colapso econômico e social. Nesse contexto, a principal preocupação das autoridades políticas era controlar a "subclasse anárquica e imprevisível", em vez de proteger a saúde propriamente dita (Porter, 2005, p. 44).

Esse período de peste que assolou a humanidade evidenciou a necessidade do fortalecimento e mundialização de políticas de saúde. Diante desse contexto,

argumentou-se que a peste fundou a saúde pública como função do Estado moderno, voltada para a gestão da relação entre doença e desordem social.

Além disso, no século XIV, a importância dos médicos ganhou mais destaque. Esses profissionais foram até contratados como controladores de pragas para lidar com as epidemias (Porter, 2005, p. 47). Gradualmente, começou a ocorrer a institucionalização dos serviços e práticas médicas.

Diante da necessidade de conhecer o número de pessoas e seus "valores" para analisar os grupos ocupacionais considerados mais produtivos, surgiu a chamada aritmética política. A aplicação de métodos numéricos na análise dos problemas de saúde permitiria o estudo e desenvolvimento da saúde pública. Uma população saudável, conforme Rosen (2015, p. 101), seria um fator de opulência e poder nacional.

Nesse contexto, entendeu-se como necessária a participação do estado na saúde pública. Dentre os principais argumentos e propostas estava a ideia de que a doença e a morte representavam um desperdício de recursos humanos. Além disso, a saúde das pessoas tinha extrema relevância coletiva, motivo pelo qual não poderia ser deixada à mercê das incertezas da iniciativa individual.

Com o passar do tempo, como abordado neste trabalho, observa-se uma inserção cada vez mais frequente de doenças na sociedade. Isso ocorre, em grande parte, devido ao avanço científico e tecnológico e à ampliação dos diagnósticos, resultando no fenômeno conhecido como medicalização. Esse fenômeno é suspeito por se originar da incorporação de problemas não médicos ao âmbito da medicina (Carvalho et al., 2015, p. 1252). Essa tendência é impulsionada, em grande parte, pela influência da Indústria Farmacêutica e por estratégias de marketing consideradas agressivas.

Neste contexto, a medicalização passa a ser vista como uma forma de controle social, reduzindo a complexidade da vida humana a questões de cunho individual.

Com o intuito de responder aos objetivos do presente trabalho - "a medicalização da saúde é influente no Brasil?" e "quais os impactos da medicalização no Sistema Único de Saúde brasileiro?" - foi abordado que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, no documento denominado "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais" (2022), destaca que desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

estimula a promoção de políticas que promovam o acesso a medicamentos. Recomenda-se a elaboração de listas nacionais pelos países-membros a serem publicadas periodicamente em uma lista modelo.

Diante disso, verifica-se que o Brasil iniciou a elaboração de listas de medicamentos classificados como essenciais por meio do Decreto nº 53.612 de 1964, que definiu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Essa lista foi oficializada em 1975 como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) por meio da publicação da portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil, 2022, p. 5).

Essas listas atuam como instrumentos para garantir o acesso à assistência farmacêutica e para promover o uso racional de medicamentos. Essa importância é corroborada por diversos atos normativos, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), que reforçam o papel da RENAME como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.

Dessa forma, conclui-se que o Brasil é influenciado pela medicalização da saúde. O fenômeno e a necessidade de racionalizar o uso de medicamentos são reconhecidos pelos órgãos responsáveis pela gestão do SUS, como o Ministério da Saúde. Essa influência é especialmente notada pelo uso expansivo de psicotrópicos. O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de atenção ao uso de medicamentos para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA e TDAH), considerando dados que registraram que em 2016 foram fabricadas 74 toneladas de metilfenidato, medicamento direcionado ao tratamento, representando a maior taxa já observada. Isso sugere a fixação da concepção de que "é mais fácil medicar a criança do que mudar o sistema de educação" (Brasil, 2019, p. 15).

No que diz respeito aos impactos que o fenômeno da medicalização pode ter no Sistema Único de Saúde, observa-se a questão da ampliação de gastos por parte do poder público. Isso ocorre em grande parte devido a fatores culturais que tornam a prescrição médica quase obrigatória nas consultas médicas. Essa prática é muitas vezes associada à boa prática médica (Melo; Ribeiro; Storpirtis, 2006, p. 476). Existe a crença comum de que "se um médico não prescreveu um remédio, a consulta não foi boa/válida".

Nesse contexto, observa-se uma ampla medicalização relacionada ao diagnóstico ampliado de TDAH. Isso levanta a questão se a sociedade está diante de um aumento de diagnósticos que de fato derivam de problemas neurológicos que necessitam de medicação ou se o diagnóstico de TDAH está sendo amplamente estendido para incluir males sociais que nada têm a ver com TDAH.

Por um lado, não se nega que o avanço de estudos, pesquisas e descobertas científicas associados à classe médica estão relacionados em parte ao aumento de diagnósticos. No entanto, por outro lado, é importante salientar que a popularização do TDAH, em grande parte promovida pela mídia, por grupos organizacionais interessados e pela indústria farmacêutica, que fomentam a ideia de que processos comuns da vida devem ser indiscriminadamente tratados como um diagnóstico médico de TDAH, sem necessariamente estarem relacionados a problemas neurológicos. Isso, inevitavelmente, fundamenta o processo de medicalização.

Esse processo de medicalização, baseado na expansão diagnóstica e no uso indiscriminado de medicamentos, como mencionado anteriormente, legitima uma série de problemas. Entre eles, desvia o foco do que realmente deveria ser tratado pelas instituições como um problema de saúde que requer tratamento com medicamentos. Isso, preocupantemente, direciona a atenção para problemas que não são - ou, pelo menos, não deveriam ser - tratados com intervenção médica.

Neste contexto, em resposta ao objetivo específico do presente trabalho, verifica-se um impacto orçamentário significativo no Sistema Único de Saúde brasileiro. Isso implica que esses medicamentos comprometem de forma considerável a disponibilidade de recursos federais para a oferta de outros bens e serviços de saúde (Vieira, 2018, p. 31). No entanto, é importante ressaltar que houve uma redução nos gastos do Governo Federal entre os anos de 2016 e 2017, passando de 16,1 bilhões para 14,5 bilhões (Vieira, 2019, p. 21). Isso representa uma reversão dos índices de aumento observados entre 2010 e 2016, quando os gastos passaram de 10,5 bilhões para 16,1 bilhões (um aumento de 53%) (Vieira, 2019, p. 21).

Diante dessa redução, como abordado, surge a dúvida se ela se justifica pela crise econômica e austeridade fiscal ou se está relacionada à redução de preços ou outros fatores (Vieira, 2019, p. 21). A autora do texto não chegou a uma conclusão definitiva, mas expressou a preocupação de que os fatores que contribuíram para essa redução de gastos sejam esclarecidos. Isso porque poderia indicar um

retrocesso na oferta de medicamentos, o que comprometeria o acesso da população a esses produtos.

Além disso, mesmo diante dessa queda, observa-se o impacto orçamentário da dispensação de medicamentos no SUS. Entre 2009 e 2015, o Ministério da Saúde teve um gasto com medicamentos solicitados judicialmente correspondente a R\$ 3,4 bilhões em 2015, reduzindo para R\$ 715 milhões em 2016 (Vieira, 2018, p. 23). Em 2015, mais da metade das vinte tecnologias mais caras demandadas ao Ministério da Saúde na esfera judicial não tinha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nesse cenário, o crescimento real do gasto com ações judiciais envolvendo medicamentos atingiu 547% entre 2010 e 2016, passando de R\$ 199,6 milhões para R\$ 1,3 bilhão em valores no ano de 2016 (Vieira, 2018, p. 23).

Enquanto o acesso a medicamentos é reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um componente do direito à saúde, também é resguardado pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Isso implica na necessidade de que os governos utilizem o conhecimento científico para selecionar medicamentos com valor terapêutico, mas com menor impacto econômico, visando garantir a sustentabilidade do sistema (Vieira, 2019, p. 7).

No entanto, como desafio a esse objetivo de regular um mercado nacional bilionário alinhado à sustentabilidade do sistema de saúde, encontram-se os gastos bilionários com medicamentos, procedimentos e programas públicos como a Farmácia Popular, que devem ser compatíveis com o teto orçamentário.

Além disso, outro problema para atingir esses objetivos de promoção ao contínuo acesso de medicamentos é o uso irracional e inadequado de medicamentos, o que se apresenta como um empecilho. Esse fenômeno é exemplificado pela judicialização da saúde, que, apesar de não ser o foco do presente trabalho, reforça o argumento aqui concluído de que o aumento do número de decisões judiciais em torno de medicamentos, tecnologias e procedimentos a serem custeados pela administração pública, com ênfase em produtos experimentais, tensiona o sistema e causa desorganização.

Conforme visto, em busca do uso racional de medicamentos, foram elaboradas listas oficiais como o Rename. No entanto, devido ao acionamento cada vez mais frequente do sistema de saúde para custeio de medicamentos e procedimentos experimentais que ainda não foram aprovados e não constam em listas oficiais,

percebemos um enfraquecimento do plano traçado. Isso tem sérios impactos, como afetar o direito à saúde de forma equitativa para todos.

Afinal, o Brasil conta com listas, manuais e critérios de avaliação pela Conitec, que visam orientar a eficácia, efetividade e segurança de um medicamento, produto ou procedimento, bem como a avaliação econômica dos benefícios e dos custos em comparação às tecnologias já incorporadas. No entanto, não há uma visibilidade efetiva do motivo pelo qual há um gasto tão elevado com algumas classes de medicamentos, o que infla os gastos do sistema público de saúde brasileiro.

Neste sentido, destaca-se que entre 2012 e 2016, a maioria das solicitações à Conitec referia-se a medicamentos, das quais 59,7% eram pedidos de incorporação. Foi observado que a Conitec opera com base na demanda, o que significa que o volume de solicitações provenientes das Indústrias Farmacêuticas tem o potencial de "sobrecarregar a comissão e colocar os interesses do mercado acima das prioridades políticas de saúde no país" (Vieira, 2019, p. 17).

Assim, no que diz respeito aos critérios adotados nas decisões, apesar da Conitec utilizar evidências provenientes de avaliações econômicas, comparando tecnologias solicitadas com outras já disponíveis no SUS, a comissão não adota explicitamente um limiar de custo-efetividade. Isso impacta na falta de transparência quanto ao parâmetro para a tomada de decisão sobre as vantagens de uma tecnologia em comparação com outra (Vieira, 2019, p. 15).

Diante de tudo o que foi exposto, conclui-se que a questão da medicalização da saúde é um tema que deve ser objeto de discussões mais precisas envolvendo o sistema público de saúde. Quando sobrecarregado, o sistema abre espaço para que não seja feita uma análise precisa do motivo pelo qual alguns medicamentos são incorporados. Considerando que nem todos os problemas da vida necessariamente precisam ser tratados como questões médicas, surge a necessidade de realizar estudos de políticas públicas sobre o assunto, visando direcionar para outras áreas os problemas sociais que, devido à medicalização, são erroneamente atribuídos como questões médicas.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco; FREITAS, Osvaldo de. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YZNTwhywfJsNHjkfXSgJJdK/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.
- BARBERATO FILHO, Silvio; LOPES, L. C. A influência da margem de lucro na comercialização de medicamentos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n. 1, p. 99 – 2016, 2007. Disponível em: <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/541>. Acesso em: 5 jul. 2023.
- BARBI, Lucas et al. Antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos: uma análise dos gastos em Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Fwvdt79jynKYLvLbqB9Sggy/?format=html>. Acesso em: 13 ago. 2023.
- BLANK, Dionis Mauri Penning; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Medicalização da saúde: biomercado, justiça e responsabilidade social. **JURIS**, Rio Grande, vol. 14, p. 7-24, 2009. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/1/5174>. Acesso em: 10 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARVALHO, Sérgio R. et al. Medicalização: uma crítica (im) pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxXBQq/?lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2023.
- CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007
- GARRAFA, Volnei; LORENZO, Cláudio. **Helsique 2008: redução de proteção e maximização de interesse privados**. In: CAPONI, Sandra; et al. (Orgs). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, 21-35.

LEITE, Silvana Nair et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYT7kJRVbrwNpB3DjPSmNJm/?lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2023.

MELO, Daniela Oliveira de; RIBEIRO, Eliane; STORPIRTIS, Sílvia. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, p. 475-485, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcf/a/T3jr3yhGrLNV8W5jWYk5G7w/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde—perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 286-298, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6GrppPbxfQRLpvynPrmScG/>. Acesso em: 5 set. 2023.

PEREIRA FILHO, Antônio. O avanço da tecnociência médica e dos custos: um dilema bioético. **Revista bioethikos**, v. 8, n. 2, p. 281 – 288, 2014.

PORTER, Dorothy. **Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times**. Nova York: Taylor & Francis e-Library, 2005.

RABELLO, Elaine Teixeira; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 557-567, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cs3fZkhfY9LZSmmvWqB7JkF/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ROSEN, George. **A history of public health**. Jhu Press, 2015.

ROSEN, Geroge. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Desafios do estado quanto à incorporação de medicamentos no sistema único de saúde**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade de macrojustiça**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: jan. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 - 2016**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: jan. 2023.