



Recebido: 30.09.2020

Aceito: 10.12.2020

Publicado: 23.12.2020

¹ Universidade Federal de Viçosa.
Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
orcid.org/0000-0003-3398-7107

² Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
orcid.org/0000-0002-0582-6819

³ Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
orcid.org/0000-0002-6238-8245

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
orcid.org/0000-0001-9882-4048

⁵ Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
orcid.org/0000-0002-0242-8057

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E MEDICALIZAÇÃO: UMA REFLEXÃO SOBRE A DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND MEDICALIZATION:
REFLECTIONS ABOUT HEALTH DEMOCRATIZATION

Natália Aragão de Figueiredo¹

Adriely Cardoso Barbosa²

Anna Clara Lima Macedo³

Nicole Humberto de Oliveira⁴

Pedro Henrique Barroso Avelar⁵

Resumo

Este texto tem por finalidade realizar uma análise acerca dos embates jurídicos e sociais no que tange a mercantilização do direito à saúde, através do estudo da construção da figura do médico como autoridade e do comportamento da indústria farmacêutica, uma vez que ambos colaboram, distintamente, para a relativização do acesso isonômico aos meios de saúde pública. Para isso, apresenta argumentos históricos e sociológicos a fim de expor o arcabouço político e econômico que advém da capitalização dos direitos fundamentais previstos na Carta Magna de 1988.

Palavras-chave

Democratização da saúde. Medicalização. Indústria Farmacêutica.

Abstract

This paper aims to analyse the legal and social clashes regarding the commodification of health rights, through studying the construction of doctors as authority and the behavior of the pharmaceutical industry, since both contribute, in different manners, to the relativization of equal access to public health resources. To achieve its purposes, the text presents historical and sociological arguments in order to expose the political and economic framework that comes from the capitalization of fundamental rights provided in the 1988 Constitution.

Keywords

Health democratization. Medicalization. Pharmaceutical industry.

1. INTRODUÇÃO

Baseada em um ideal progressista promissor, a Constituição Federal de 1988, que está no topo do ordenamento jurídico, é fonte de uma série de Direitos Fundamentais Sociais, dentre os quais se inclui o Direito à saúde. Contudo, mesmo após três décadas de sua promulgação, os ideais de “cidadania” e “garantia de desenvolvimento nacional” ainda são ofuscados pelas adversidades do subdesenvolvimento. Ainda que o ordenamento jurídico busque alavancar a harmonia social na maior medida possível, mediante controle, a efetivação do Direito à Saúde é implacavelmente influenciada por fatores subjetivos como a atuação dos profissionais de saúde em consonância com a indústria farmacêutica.

Com o desenvolvimento da tecnologia, a atuação da indústria farmacêutica torna-se exponencialmente indispensável. Tal fato direciona os holofotes para a “farmaceuticalização” e

levanta questões sobre o consumo exacerbado e inapropriado de remédios, promovido com fins lucrativos. A receita médica ultrapassa os limites da consulta e é analisada sob o escopo social e econômico, considerando-se uma visão paradoxal: sua necessidade imprescindível e sua existência desajustada.

O medicamento assume, nesse contexto, função fundamental no bem-estar populacional e produto cada vez mais tecnológico e procurado no mercado. Um mercado constantemente renovado e bem oxigenado, tendo em vista que o número de pacientes nunca se esvai por completo. Nessa conjuntura, cabe observar a figura do Estado como disciplinante dessa atividade, uma vez que deve se incumbir, acima de quaisquer interesses econômicos, da promoção do bem-estar social. Assim, entende-se que a legislação tutela de maneira preventiva, em função das garantias fundamentais.

Entretanto, embora fatores como a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro seja destaque ao redor do globo e confira ao Brasil reputação aprazível, a saúde no País é ainda analisada pelas lentes do subdesenvolvimento. As mazelas administrativas ressaltam a problemática na utilização dos planos de saúde, oriunda de um Estado inábil a conduzir os recursos financeiros de forma adequada e fornecer à população um adequado amparo sanitário.

Este ensaio busca, por meio de olhar sociológico, explorar os possíveis desdobramentos da atividade farmacêutica em consonância com a abordagem médica adotada na saúde brasileira. É nessa conjuntura que se busca investigar os desdobramentos da medicalização tanto em termos econômicos quanto em termos sociais, levando em conta desde as menores instâncias ao sistema de saúde como um todo.

2. LEGISLAÇÃO E SAÚDE: UMA ENGRENAGEM INDISSOCIÁVEL

Sendo o Brasil signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e membro das Nações Unidas entende-se que a legislação brasileira caminha em consonância com os termos da Declaração, que em seu Art. 25º determina a necessidade de um “direito a um nível de vida suficiente para assegurar [...] a saúde e o bem-estar” (ONU, 1948). Consequentemente, paira sobre o Estado a responsabilidade de promoção dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. Nesse sentido, o plano tem como seu objetivo terceiro: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (ONU, 2015)

Dessa forma, a estrutura jurídica internacional, baseada no princípio de cumprimento de tratados, motiva a legislação brasileira e, portanto, a atuação de seu sistema de saúde em prol do bem-estar do paciente como eixo basilar do atendimento, o que implica na promoção da saúde materna, infantil e familiar como prevê o documento supracitado.

Por esse ângulo, o fomento ao direito à saúde - garantia social fundamental legislada pelo texto constitucional - torna-se, por consequência, além de responsabilidade estatal, incumbência dos atuantes na área, o que inclui desde médicos a grandes produtores da indústria farmacêutica. Desse modo, é possível estabelecer uma relação intrínseca, embora paradoxalmente distante, entre três elementos: o impacto da legislação internacional na garantia dos direitos fundamentais (tratando-se especificamente do direito à saúde), os profissionais da saúde e a evolução da indústria farmacêutica no Brasil.

Segundo Sueli Dallari (1987), o direito à saúde privilegia a igualdade e a liberdade em seu mais abrangente entendimento, uma vez que trata não só da assistência a ser fornecida pelo Estado, bem

como da autonomia individual na administração dos recursos disponibilizados. Nesse contexto, embora a legislação internacional fixada por tratados não possa ultrapassar a soberania do Estado sobre seu referente território, a efetivação de seu texto não se trata apenas de mero ato subjetivo. As nações tornam-se interdependentes por meio das relações comerciais internacionais e, por consequência, fazem-se reféns da reputação fixada no cenário internacional.

Desse modo, o cumprimento das garantias fundamentais previstas na Constituição de 1988 e na Declaração Universal supracitada abrange não apenas a situação presente do país, mas expande suas possibilidades de desenvolvimento futuro. Nesse sentido, na legislação nacional, a saúde é categorizada como direito fundamental social, cujo texto deve ser efetivado pelo Estado Social de Direito a fim de promover a igualdade entre os indivíduos e garantir suas liberdades positivadas. Tal fato corrobora a visão de Dallari que afirma que: “[...] unicamente no Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento”.

Nessa perspectiva, ainda que a garantia do direito à saúde detenha sentido amplo pela própria acepção melindrosa englobada pelo termo, pode-se alegar que a efetivação desse direito está a mercê não só da atuação governamental, mas também de pequenas instâncias como a relação médico-paciente, e médico-Sistema de saúde. A postura médica prescrita pelo Código de Ética Médica implica na combinação de um sistema administrativo com um princípio de moral: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.” (CEM, cap I, II). Assim, é dever do profissional da saúde certificar a segurança, a qualidade e a utilidade da prescrição de medicamentos atuando em conjunto com a indústria farmacêutica, já que o medicamento é pilar da proteção e reabilitação da saúde.

Tratando-se de forma específica da medicalização, legalmente, a regulamentação da atuação das atividades farmacêuticas e sua fiscalização está positivada de forma clara e objetiva nos termos da Lei nº 13.021/2014. Além de especificar os pormenores do funcionamento das farmácias, o texto da Lei evidencia dois aspectos importantes: a figura do estabelecimento, e a relação entre Estado e saúde. No primeiro caso, torna-se clara a caracterização do farmacêutico - nesse sentido podendo ser considerado como porta-voz da indústria - como assessor da promoção do direito à saúde: “agirão sempre solidariamente, realizando todos os esforços para promover o uso racional de medicamentos.” (Art.10). Ao entender-se a farmácia uma instituição que ultrapassa os limites comerciais, é possível enxergá-la, portanto, instrumento essencial na garantia dos direitos fundamentais sociais.

No que tange à relação Estado-saúde, a legislação delinea a obrigação estatal em garantir não só a acessibilidade aos produtos dos estabelecimentos em questão, bem como a constante manutenção de um serviço de excelência que favoreça o bem-estar social, isento de motivações de renda ou classe, como se lê no Art. 4º: “É responsabilidade do poder público assegurar a assistência farmacêutica, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade.” Assim, a assistência farmacêutica - definida como “o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso

racional” (BRASIL, 2014) –, é diretamente atribuída ao Estado como componente do asseguramento das garantias fundamentais.

Nessa conjuntura, entende-se a medicalização, seja pública, seja privada, não apenas como viés de comercialização entre cliente e empresa, mas como serviço essencial que a eficácia implique em resultados econômicos e sociais profundos e diretos.

3. UTILIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

“No Brasil a medicina vai bem
mas o doente vai mal.
Qual o segredo profundo
Desta ciência original?
É banal: certamente
Não é o paciente
Que acumula capital.” (CACASO, 1974.)

De certa forma, pode-se dizer que o poema escrito por Cacaso nos tempos da Geração Mímógrafo reflete o panorama da saúde brasileira até os dias de hoje: a medicina continua um ramo econômico lucrativo (mais que à época do regime militar), mas apenas para alguns profissionais e setores; o bem-estar da população em geral apresenta níveis tipicamente subdesenvolvidos – agora, níveis de países *em desenvolvimento*, mesmo que o prefixo de inferioridade se adeque à realidade de uma nação que sofre com o pejorativo não por si, mas pelo desmazelo administrativo –; e o acúmulo de capital permanece como consequência da pauperização proporcionada por governos sem linhas de incentivo econômico focado no avanço tecnológico e sanitário. E, como não bastasse a infraestrutura amadora do sistema de saúde pública no Brasil, tem-se como hábito a contratação de planos privados por cidadãos financeiramente aptos a pagar pela garantia da não dependência do SUS, o que, além de tirar recursos que poderiam ser destinados a outros aspectos do desenvolvimento populacional das famílias de classe média, como giro comercial ou perspectivas de investimentos autodirigidos, explicita a ineficiência gerada pela condução falha de um programa que, supostamente, acarretaria amplo acesso, equidade e tratamento integral.

Em um estudo descritivo publicado por pesquisadores da Universidade de São Paulo no ano de 2007 (KANAMURA, 2007) – ressalta-se: treze anos atrás –, discute-se a iminência da insustentabilidade dos planos de saúde. Na discussão, o texto finaliza a análise ao referir que somente o Estado pode assegurar uma velhice bem assistida, na perspectiva de um Estado Providência que efetivamente cumpra sua função. Ou seja, a ineficiência do Estado vem de muito tempo, e a perspectiva de lucro das empresas de planos de saúde acompanha o desmando governamental. Não somente isso: considera-se, mormente, o impacto do custo de contratação desses planos nos bolsos dos “beneficiários”: o contratante gasta muito porque os preços são altos e sofrem reajustes todos os anos, e, semelhantemente, as empresas gastam muito para arcar com os custos sanitários em um país sem infraestrutura.

Por conseguinte, considerando-se o contexto como um organismo, um feedback positivo: o Estado é cada vez mais ineficiente, tal que as empresas sofrem com o maior gasto para bancar a prestação de serviços e o contratante se prejudica com o aumento dos planos; os maiores gastos dos beneficiários levam a uma diminuição da renda líquida geral da população (pois, como proposto, a saúde deveria vir do Estado), o País, com a pauperização e, sempre, a ineficiência, permanece no limbo

do pretense desenvolvimentismo, e, finalmente, as empresas têm a exacerbação dos gastos para sustentar o sistema sanitário. É um ciclo de prejuízo mútuo e, ao que parece, sem perspectivas de grandes transformações a curto prazo.

A título de comparação, pode-se analisar a situação de capitalismo avançado presente nos Estados Unidos. Em uma pesquisa de 2018, professores da Johns Hopkins e Georgetown University observaram os efeitos da expansão do Medicaid¹ no território estadunidense. Inicialmente, consideraram os dados: (a) maior proporção de beneficiários do Marketplace² era de baixa renda nos estados onde não havia expansão do Medicaid, ao contrário daqueles em que ela se cumprira, (b) população de baixa renda tende a estar em pior estado geral de saúde em comparação à de alta renda, e (c) pessoas com saúde precária são aquelas que geram mais gastos ao sistema [3]. Os padrões dos tópicos (b) e (c) se repetem no Brasil, claro que com suas peculiaridades. Considera-se que o Medicaid tomaria para si uma parcela da população protegida por serviços privados, a qual seria justamente a parcela contratante mais pobre que aderiria ao Marketplace. Isso, à primeira vista, sugere uma queda de lucros para as empresas privadas do terceiro setor, pois haveria um número consideravelmente menor de beneficiários em estados com expansão da saúde pública.

Em seguida, os pesquisadores fizeram uma análise comparativa baseada na variação geográfica dos *premiums*, que são os valores pagos pelos contratantes dos planos privados. A partir disso, concluíram que a expansão do Medicaid se associa a menores *premiums*, provavelmente pelo fato de que a cobertura do Medicaid possibilita aos *pools* do Marketplace menores custos e, conseqüentemente, maiores lucros. Isto é, a maior cobertura da saúde vinda do Estado auxilia a economia privada e tira da população de menor renda a necessidade de contratar serviços. Aliás, essa “população de menor renda” é considerada como pessoas que recebam um salário de 100 a 138% da linha federal de pobreza dos Estados Unidos³.

Dessa forma, visualiza-se o espectro econômico que gira em torno dos planos de saúde. Os argumentos supracitados evidenciam a urgência de uma gestão eficiente do sistema de saúde brasileiro não só para aliviar os gastos da população e garantir tratamentos dignos, humanizados e acessíveis, mas também para impulsionar a economia como um todo.

4. MEDICALIZAÇÃO, INDÚSTRIA E EFEITOS SOCIAIS

Antes de abordar o tópico supracitado é necessário conceituar alguns termos recorrentes nas atuais discussões médico-sanitárias. Ao se falar das indústrias farmacêuticas estadunidense e europeia, exhibe-se a realidade dos países desenvolvidos e o baluarte do capitalismo avançado e dotado de arcabouço financeiro do tesouro público para que as corporações privadas se sustentem a partir do consumismo sem as mazelas perpetradas pelo acirramento da desigualdade visíveis nos países carentes.

Entretanto, a realidade brasileira se encaixa no espectro contrário. Isto é, nos países desenvolvidos também há prejuízos evidentes, mas não se produz as condições subumanas

¹ Medicaid é um programa social dos governos federal e estaduais dos Estados Unidos que auxilia famílias de baixa renda com os custos de saúde.

² Marketplace é a plataforma de contratação dos planos de saúde nos Estados Unidos.

³A linha de pobreza do Banco Mundial para países desenvolvidos é de US\$ 5,50 por dia, enquanto a dos Estados Unidos, para uma família de 4 pessoas, incluindo 2 crianças, é de aproximadamente US\$ 71,80, ou seja, quase US\$ 18 ao dia por pessoa.

disseminadas na pobreza majoritária da população dos países em desenvolvimento. Ressalta-se, dessa forma, a influência das práticas estrangeiras na concepção de saúde brasileira, não obstante o pioneirismo do acesso universal proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além das diretrizes de integralidade e equidade⁴, esses três os principais valores defendidos pela saúde pública no Brasil. Disso, mostra-se a qualidade da tentativa de diminuir as desigualdades e, no amplo acesso, permitir o avanço da condição sanitária em terras auriverdes, apesar de o sistema não obter todos os resultados esperados por conta da administração falha e do desnorreamento organizacional.

Portanto, o que se observa é o descompasso entre as perspectivas comportamentais dos países desenvolvidos e sua influência sobre os mecanismos de territórios mazelentos, com pobreza e doenças tipicamente subdesenvolvidas disseminadas. Apesar disso, a dita influência não elimina as tendências negativas do processo focado na indústria – e não na população – em territórios mais ricos.

Destarte, situam-se como essenciais três conceitos, a permear os argumentos subsequentes – veja-se, todos advindos dos pensamentos dominantes, do que se tem um caráter de capitalismo ocidental desenvolvido –: medicalização, patologização e pharmaceuticalização. Os dois primeiros termos costumam ser confundidos não somente pelo primeiro olhar, posto que as práticas médicas se relacionam, em nível objetivo, à propriedade de solucionar enfermidades – e é justamente aqui que a problemática surge: o condicionamento da indústria na formação de um ideal patológico que permeia os comportamentos de rotina –, mas também pela abrangência conceitual. Salienta-se, inclusive, a presença do debate já nos anos 1950, com Parsons (1951), e a sequência das discussões em meio científico com Freidson (1970), Zola (1972) e Conrad e Schneider (1992) – estes que tiveram como foco a “Geração Prozac” – na busca pela definição da medicalização.

Desse modo, a partir dos trabalhos desses pensadores, diz-se que a medicalização é situação de condições, comportamentos ou experiências que, antes sob jurisdição legal, política ou religiosa, tornaram-se cada vez mais definidas como entidades médicas, com possibilidade, em curto ou longo prazo, de diagnóstico e tratamento. Percebe-se, com isso, que a medicalização não se refere diretamente a processos patológicos, mas a quaisquer procedimentos de transferência jurisdicional, quer dizer, a todos os aspectos sociais que passam a fazer parte do complexo médico. Nisso, incluem-se, além dos diagnósticos e tratamentos, campanhas de prevenção, ações profiláticas e de diminuição de danos, saneamento básico, aspectos psicossociais refletidos na saúde mental etc. A patologização, por sua vez, tautologicamente, significa alçar à identidade de patologia uma propriedade anteriormente comportamental ou banalizada. Tira-se disso: a medicalização não necessariamente engloba a patologização. O próprio SUS é um exemplo de pacote social no qual diversos campos de atuação foram translocados para o ambiente médico-sanitário e, mesmo assim, não conduziram, na maior parte, à necessidade de ações clínico-cirúrgicas.

Quanto à pharmaceuticalização, ou seja, a indução terapêutica por drogas fabricadas industrialmente, há, conforme John Abraham, da Universidade de Sussex, cinco mecanismos explanatórios principais: biomedicalismo, medicalização, promoção e marketing da indústria farmacêutica, consumismo e política/ideologias estatais regulatórias. Em última instância, afirma-se no biomedicalismo haver uma proporcionalidade entre a quantidade de novas drogas disponíveis no

⁴MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão do SUS. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>. Acesso em: 25 ago. 2020.

mercado e o avanço da pesquisa científica, a saber: se, por exemplo, um novo comprimido para o tratamento de migrêneas surgisse nas farmácias, isso refletiria um passo a mais no entendimento sobre as cefaleias. Entretanto, não é o que tem acontecido. São disponibilizadas no mercado cada vez mais drogas e, não obstante, não existem trabalhos que confirmem novas evidências de melhorias de tratamento, atualizações protocolares de inovações terapêuticas recomendadas ou mesmo estudos que se mostrem valorosos à liberação da comercialização desses fármacos. Pelo contrário: a produção se intensificou enquanto as descobertas, no que tange à inovação farmacêutica, praticamente estancou. Em consulta ao portal do FDA (U.S. Food & Drug Administration), as listas Novel Drugs Approvals demonstram essa peculiaridade dos novos tempos⁵. Certamente há inovações e pesquisas de valor. Porém, a visão mercadológica prefere a competição a partir de técnicas de repetição: a grande maioria dos produtos de NPD (New Product Development) são nada mais que genéricos.

Estabelecidos os conceitos, apresenta-se, no contexto, as propriedades da realidade proposta pelo pensamento consumista transferido à saúde: ela se torna um objeto passível de transações comerciais: o que há é a oferta do bem-estar por um preço baseado na competição intrínseca ao modelo capitalista. Sim, os preços dos medicamentos e dos procedimentos terapêuticos tendem a diminuir pela maior possibilidade de compra. Todavia, o menor custo compensa até que ponto? Isso porque, tratando tão somente de um aspecto negativo do viés exclusivamente financeiro da patologização e da pharmaceuticalização, próxima e localmente, a se pensar na perspectiva comunitária, o Estado sofreria muito menos com estratégias de prevenção e conscientização do que padece com o tratamento em si.

Tratar-se-á desse ponto mais adiante. Antes, porém, cabe a inserção da noção de “medicalização da pobreza”, a qual expressa que gastamos excessivamente capital e outros recursos para alcançar as necessidades de saúde pública trazidas pela pobreza ao invés de prover soluções às demandas tangíveis dos pobres antes dos resultados das enfermidades (CONRAD, 2007). Percebe-se, então, a influência do ideal mercadológico no distanciamento das condições de vida, nos vislumbres de futuros mais confortáveis e no próprio direito à saúde. Exatamente na escolha dessas palavras se demonstram os problemas do método posto em questão: “classes baixas”, “distanciamento”, “iniquidade”... Ora, o foco no tratamento, não na prevenção, perpetua a diferenciação social em camadas e contraria justamente os princípios prezados pelo projeto de saúde pública no Brasil: universal, integral, equânime. Em contrapartida, a indústria farmacêutica lucra cada vez mais com o sistema, tal modo que o negócio de medicamentos se fixe como um tópico de acionistas e transações comerciais inúmeras. Para compreender a dimensão do corporativismo farmacêutico, basta-se pesquisar as oportunidades na Bolsa: a Forbes, por exemplo, através da coluna Money Show’s Top Picks Report, mostra aos investidores as melhores barganhas nas ações da indústria. Entre elas, podem-se encontrar matérias como 7 Hot Drug Stocks To Buy In 2020 e Top Biotech Stocks⁶. Ademais, com todas essas afirmações surge uma questão: qual seria, então, o sistema ideal de beneficiamento tanto da indústria quanto da população, principalmente a parcela mais pobre? É uma questão difícil, mas já há tentativas de humanizar o capitalismo exercido em seu apogeu. O exemplo mais claro

⁵FDA. FDA-ApprovedDrugs. Disponível em: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm>. Acesso em: 26 ago. 2020.

⁶FORBES. 7 Hot Drug Stocks To Buy In 2020. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/moneyshow/2020/01/03/7-hot-drug-stocks-to-buy-in2020/#2d85382b392c>. Acesso em: 27 ago. 2020.

atualmente é o dos países escandinavos – mas, obviamente, há um enorme *gap* de realidade entre um território de dimensões continentais e de exploração colonial como o Brasil e uma nação como a finlandesa, com uma população de aproximadamente 5,5 milhões de habitantes e uma taxa de desemprego de 6,1%⁷ (enquanto o Brasil exibe 12,6%, ou seja, 4,9 milhões de desempregados⁸, quase uma população do tamanho da finlandesa).

É possível que as soluções se encontrem nos modelos de *welfare state*, a saber: regimes liberais, que deixam as tarefas sociais nas mãos dos agentes de mercado, como nos Estados Unidos; *welfare* corporativista, no qual os direitos sociais se baseiam em classe e status, isto é, o Estado garante os direitos, mas eles se determinam por ocupação (emprego, papel familiar, ação social etc.), o que aconteceu em alguns países da Europa Continental; e os regimes de social-democracia, em uma fusão entre liberalismo e socialismo, como os vistos na Escandinávia. É também bem possível que eles não sejam suficientes para contornar nenhum problema sanitário brasileiro. Contudo, é importante determinar uma conduta para que os governos não se percam em assistencialismos descompassados e desorganização administrativa. O que se vê no SUS, hodiernamente, é um ideal utópico, tanto pela condução falha do sistema quanto pela desproporção entre oferta e demanda em um cenário de desestabilidade política e financeira. Há não apenas o subfinanciamento, mas o descaso com a saúde pública mesmo desde a criação do SUS na Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990. Isso não é um problema exclusivo de um governo, senão de todos: um acúmulo de descasos que se puseram a formar mazelas.

Além disso, vê-se que o universalismo brasileiro não se apoia em arcabouços seguros, dada a insegurança advinda da infraestrutura do SUS. Dá-se que, em vez de um sistema igualitário, a parte mais rica da população dribla a desconfiança através de planos privados. Ou seja, há, teoricamente, serviço de saúde para todos, enquanto na prática nem os que realmente precisam dela conseguem atendimento. Forma-se, portanto, um sistema dual, como o visto na Irlanda: predominam duas ideologias seculares: uma mistura de orientação neoliberal repleta de subsídios governamentais no meio privado e um sistema público, representado pelos ocasionais (na Irlanda) escândalos, mormente no que se trata do desvio de verbas. Mesmo assim, os planos, no Brasil, cobrem, em geral, apenas as doenças de menor custo.

Retomando as estratégias propostas pelo mercado, justifica-se a preferência pela resolução já na presença de uma patologia, deixando de lado ações de prevenção e disseminação de informações, principalmente relacionadas a fatores de risco. Um cenário que exemplifica é o do diabetes: seria muito mais conveniente propor programas de redução de peso e controle de açúcares na alimentação que esperar um paciente com neuralgia diabética ou retinopatia em necessidade de internação. O Estado teria menos gastos com saúde e maior eficiência no sistema público, além de conferir à população melhores condições de vida. Entretanto, conforme os interesses da indústria, é melhor esperar que uma pessoa fique doente. Assim, ela precisa de remédios, equipamentos, leito por exemplo e assim há maior circulação de capital e lucro corporativo. Prevenir para o risco do

⁷EUROPEAN COMMISSION. Eurydice: Population. Disponível em: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/finland/population-demographic-situation-languages-and-religions_en. Acesso em: 27 ago. 2020.

⁸REUTERS. Brazil unemployment rises to 12.6%, record 4.9 million people leave workforce. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-brazil-economy-unemployment/brazil-unemployment-rises-to-12-6-record-4-9-million-people-leave-workforce-idUSKBN234220>. Acesso em: 27 ago. 2020.

diabetes é eliminar a potencial venda de drogas para um futuro diabético. Ou seja, vende-se o bem-estar, mas antes é necessário gerar uma patologia. Forma-se o paradoxo.

O principal exemplo se encontra na psiquiatria: patologizam-se costumes para que possam ser tratados com drogas. Uma tristeza episódica se torna depressão maior, de forma que uma reação vital normal se configura, a partir da ideologia de patologização e, convenientemente, pharmaceuticalização, em um problema técnico do campo médico: o bem-estar não precisa ser só isso, ele pode ser um “ótimo-estar”, é preciso apenas comprar um inibidor de recaptção de serotonina.

5. CONSTRUÇÃO DA FIGURA DO MÉDICO COMO AUTORIDADE SOCIOPOLÍTICA

A formação histórico-social da figura do médico o consolidou com destaque por seu conhecimento e privilégio de prover a opinião final, e graças a intensificação de sua validação e legitimação social, permitiu-se, a esse profissional, a livre autonomia e a livre conduta. Socialmente determinado, ao papel médico foram atribuídas as funções de autenticar a doença e viabilizar a cura – conferindo-lhe poder sobre o caráter normativo da saúde. Além disso, o desenvolvimento profissional altamente técnico, a hierarquia da relação médico-paciente e a dependência social, dada através dos conhecimentos e práticas médicas são características que estabeleceram a autoridade sociocultural do médico, perpassando as condutas na saúde. Portanto, realizar uma análise quanto a capacidade médica de ditar comportamentos de medicalização, pharmaceuticalização e patologização é de extrema importância, visto que, exercendo papel direto na sociedade, caracteriza-se como o intermediário entre indústria farmacêutica e consumidor/paciente.

O produto social atual se deve a um processo comportamental conduzido por séculos, desde o início da medicina, cuja atuação foi significativamente relacionada à ciência na Grécia antiga, há mais de 2500 anos, pelo médico e filósofo Hipócrates, símbolo da medicina ocidental. Como exemplo, o papel do médico nessa civilização era amplo, podendo atuar no âmbito social, político, cultural e ético, papel esse que fora acompanhando o desenvolvimento das civilizações ao longo do tempo, adaptando-se constantemente e destacando-se pela obtenção de autonomia e poder social.

Importante ressaltar que sob a ética médica hipocrática, a relação médico-paciente era baseada no modelo da beneficência, ou seja, o dever fundamental do médico era aliviar o paciente da doença, do sofrimento e da injustiça, objetivando o bem do paciente. Em prol desse modelo, o propósito era frequentemente alcançado com autoridade pelo médico, cuja principal responsabilidade era tomar todas as decisões no melhor interesse do paciente. Nessa perspectiva, por exemplo, a informação ao paciente era modulada pelo médico para convencê-lo e, possivelmente, até mesmo para forçá-lo a fazer o seu próprio bem, mesmo quando isso lhe custasse sacrifícios que o paciente não desejaria enfrentar naquele momento. Nota-se, diante disso, resquícios desse modelo cultural, visto que os médicos ainda carregam o título de benevolente, altruísta e detentor da opinião final, o que vulnerabiliza e limita o paciente a observador, impedindo que desenvolva um comportamento ativo no seu processo de cura. Por conseguinte, o paciente acostuma-se com essa posição dependente e assente qualquer orientação “sugerida” pelo médico, definindo a assimetria da relação médico-paciente. Portanto, pode-se dizer que o modelo hipocrático, origem da medicina ocidental atual, utiliza-se de estruturas sociais para manter o médico em posição inalcançável, inabalável e onisciente, em que suas recomendações, mesmo que infundadas, são inquestionáveis.

Outro modelo que explica a sujeição social e o desequilíbrio da relação médico-paciente é o paternalista, cujo nome origina-se do termo “Paternalismo médico”, que traduz essa representação de um poder sobre o outro justificado no princípio de fazer o bem. Esse poder tem ganhado forças tanto pelo domínio técnico de um conhecimento específico quanto pela sua legitimidade social. Por permanecer imutável na Medicina medieval e moderna até a primeira metade do século XX, essa doutrina inspirou muitos dos códigos de ética médica e, conseqüentemente, decisões arbitrárias.

Pode-se observar, entretanto, uma mudança de padrão na Idade Média, em que a forte presença da Igreja como detentora dos poderes anulou a pluripotencialidade do médico, da qual o alçoz limitante foi a herança individualista e curativa da prática médica. Outro aspecto relevante no quesito status social surgiu nessa época e tem relação intrínseca com a identidade do médico. Segundo Hoirisch (1992), a identidade tem dimensões que a fundamentam e impregnam de significado, tais como nome, formação, naturalidade, estado civil e profissão - categorias fundadas no biológico e no social. Referindo-se à formação da identidade médica, o autor descreve ainda, que foi nas universidades medievais que o título de doutor (médico) foi criado. Com o título, surgiu também o status no contexto social e no século XV surgiram leis que regulamentavam o exercício da medicina, criando currículos, exames e concessão do grau. Criou-se, então, o papel sociopolítico do médico, dotado de estabilidade e proteção para desenvolver métodos e técnicas, aplicando o conhecimento da Ciência para combater as doenças. Desde então, foi das profissões que mais idealizações provocou: qualidades de altruísmo, mentalidade de pesquisador e poder sobre a vida e a morte passaram a ser comumente associados a este papel.

A identidade não só consolidou a profissão com status de prestígio e sucesso, como reforçou o estereótipo de grandeza e hierarquia. Isto é, o título de “doutor”, substituindo qualquer pronome de tratamento, corrobora para que o profissional não seja contestado e idealiza toda e qualquer atitude realizada em nome do conhecimento, reafirmando o conceito de inatingível que os médicos têm sobre si. Conseqüentemente, orientações e receitas médicas nunca são contestadas, e a medicina baseada em evidências é substituída pela medicina corriqueira e pessoal, cujo embasamento é a experiência e os aspectos subjetivos do médico.

Além da construção histórica de poder e autonomia, vale destacar o ideário de “grande profissão” dado à medicina, ligada a diversos fatores. Destaca-se, entre eles, a capacidade de realizar relação e aliança com o Estado, concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo, e com a elite, vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado. Isso permitiu a construção de uma profissão sólida, com garantias e proteções externas e com um caráter de retenção do conhecimento. Ademais, a participação como ‘homens de Estado’ durante o século XIX, que lhes permite criar normas de fortalecimento de sua corporação, legitima seus conhecimentos técnicos e suas ciências biomédicas que os amparam e controla (por vezes exclui) quaisquer outras práticas terapêuticas, adquirindo, de certa forma, um ‘monopólio sobre o corpo’. Por conseguinte, a carreira médica atrelou-se à liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços, e a estrutura do Estado e elite supracitada permitiu a consolidação desta prática liberal, que é a profissão médica. Essa liberdade cria uma falsa pretensão de que tudo lhe é permitido, podendo, assim, fazer julgamentos parciais, o que frequentemente ocorre no que tange à medicalização, justificado por uma teoria pessoal de como o medicamento em questão seria benéfico.

Consequentemente, a sociedade identifica este profissional, lhe atribuindo características idealizadas, como altruísmo, inteligência, sensibilidade e disponibilidade, claramente relacionadas à expectativa em relação ao desempenho profissional. Devido a isso, percebe-se uma quantidade significativa de estudantes que almejam essa profissão, e suas motivações conscientes e inconscientes respaldam a análise social presente. Segundo Rocco (1992), entre as motivações conscientes estão o desejo do prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança. As razões inconscientes, por outro lado, são muitas vezes impensáveis para os estudantes, particularmente quando colocam em xeque seus valores morais. Rocco ainda apontou algumas destas motivações: "identificação maior ou menor com os pais, o que o leva a preservar e continuar seus valores"; "desejo de expiar impulsos agressivos - desejo que se manifesta pelo ato de curar, como reparação da agressividade"; a "negação da morte". Nota-se que ambas motivações são estreitamente relacionadas em algum nível com o poder e a liberdade do médico na cultura ocidental atualmente. Logo, os motivos para se tornar um médico se tornam pilares e crenças, que, novamente, reafirmam a grandiosidade da profissão a qualquer custo.

Para que a figura do médico se estabelecesse como autoridade, foi necessário um alto grau de legitimidade dos dois lados (médico e paciente). De acordo com Weber (1982), sociólogo criador da teoria das três formas de autoridade legítimas, o sistema de dominação tem sua eficácia diretamente proporcional a sua legitimidade. Portanto, é imprescindível que as pessoas aceitem e reconheçam a autoridade, o poder e, conseqüentemente, admitam a dominação. O processo de autonomia da atividade médica foi fundamental para decisões e condutas que melhor se adaptarem a cada cliente, sendo esse processo fruto da imposição social que a profissão assumiu ainda no século XX, assim, capitalizando e comercializando o atendimento médico e, conseqüentemente, a saúde. E esse processo é usado até hoje para justificar as condutas tomadas de forma tendenciosa, além de reforçar o não questionamento de práticas médicas, formando uma sociedade manobrável quando se trata de saúde.

6. INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NA DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

Considerando o conceito de saúde de acordo com a Constituição da Organização Mundial da Saúde, segundo os quais "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença" – o contrário do que acreditavam os principais teóricos da medicina no século XVI antes do fenômeno denominado como *Era de Ouro da Medicina*⁹ - é fulcral compreender os processos que resultaram na necessidade de tornar a saúde um direito humano, ainda que este não seja plenamente acessível a todos os indivíduos, tal quais ordenam as Cartas da Organização das Nações Unidas, como previamente já explorado. Em primeira análise, a primeira metade do século XX transformou grande parte dos padrões previamente estabelecidos, em decorrência das duas Grandes Guerras, nas esferas políticas, socioeconômicas e ambientais, fazendo com que o caos gerado permitisse que a necessidade de mudança, de igualdade e de isonomia fosse um consenso mundial.

⁹ Período compreendido entre os anos de 1870 a 1960, em que foi consolidada a *Teoria Microbiana das Doenças* e a microbiologia, permitindo o fortalecimento do movimento científico pró-vacina.

Dessa forma, o surgimento dos órgãos internacionais e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, principalmente após a Segunda Guerra, revolucionou a concepção de que o acesso à saúde era um privilégio e passou a considerá-la um direito inerente a qualquer indivíduo, ampliando a necessidade da produção de medicamentos em larga escala para o comércio transnacional e permitindo, assim, que a indústria farmacêutica alcançasse um novo nível de desenvolvimento industrial. Nesse cenário, o enfraquecimento do parque industrial dos países europeus no pós-1945 favoreceu a ascensão da produção estadunidense, devido à perda do direito à patente das indústrias farmacêuticas alemãs, gerando um alto investimento em pesquisas e na ampliação da cadeia de produção no país americano.

Paralelamente, o fenômeno da globalização acarretou a expansão de tal indústria, haja vista que se tornou uma das mais lucrativas do mundo, configurando, atualmente, um conjunto de oligopólios. Desse modo, a produção e a comercialização de medicamentos são controladas por um grupo restrito de empresas, fazendo com que estas imponham os preços, a qualidade dos produtos e até mesmo a estratégia de marketing para a venda, prejudicando e influenciando o consumidor e, portanto, transformando a saúde em uma mercadoria, ainda que seja um direito garantido por lei. Assim, esse direito é relativizado sob a ótica capitalista, tendo em vista que as indústrias detentoras da produção priorizam o lucro e a geração de capital em detrimento da democratização do acesso a medicamentos essenciais, tais quais as vacinas.

Nesse viés, em muitos países onde não há um sistema público de saúde, a população permanece à mercê dos preços estabelecidos pelo produtor do medicamento, fazendo com que uma parcela considerável da população – principalmente em países subdesenvolvidos – não tenha condições socioeconômicas para adquiri-los. Consequentemente, países como os da região da África Subsaariana ainda sofrem com diversas doenças que já são erradicadas em grande parte do mundo, como a malária, a rubéola e a poliomielite. Apesar de os países subdesenvolvidos serem um importante objeto de observação acerca da influência da indústria farmacêutica na democratização do acesso à saúde, esses episódios não são inéditos nos países emergentes e desenvolvidos.

Além disso, destaca-se, também, que a confiança exacerbada em torno da figura do médico colabora com a estratégia da indústria de transformar a saúde em um produto, tendo em vista que muitos destes profissionais de saúde lucram com a venda dos medicamentos nas quais receitam – tal ação configura-se como uma das estratégias para a comercialização das drogas, como também o rastreamento de receitas, utilização de representantes de vendas e anúncios na televisão, denominados *Direct-to-Consumer*, entre outras estratégias de marketing.

Assim sendo, infere-se que enquanto a saúde continuar sendo mercantilizada pelo capitalismo, através da indústria farmacêutica, e até mesmo por grande parte dos profissionais da saúde, o direito e o acesso à saúde estará constantemente condicionado àqueles que possuem recursos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível a influência da indústria farmacêutica na democratização da saúde, portanto, faz-se necessário avaliar de que forma essa influência age diretamente na qualidade de vida da população de um país em desenvolvimento, como o Brasil. O modelo histórico patriarcal do País colabora para que a figura do médico, especialmente homem, seja de autoridade legítima não só

quanto à saúde, conferindo-lhe autonomia e liberdade. Ademais, as estreitas relações históricas do médico e Estado e médico e burguesia o fazem ativo na economia, viabilizando seu benefício próprio através do papel de intermediário entre indústria farmacêutica e paciente, agora tomando lugar de consumidor/cliente. Além disso, a constante repetição do modelo paternalista nas condutas médicas gera comodismo e dependência na população, que se vê inábil para tomar decisões que dizem a seu respeito. Conseqüentemente, a falta de indagação e questionamento acarreta um comportamento social de desinteresse pela informação, já mal distribuída e de difícil acesso.

Outro aspecto essencial a ser discutido é o relapso com a estrutura jurídica internacional, baseada em prol do bem-estar do paciente como eixo basilar do atendimento, o que implica na prevenção e promoção da saúde e não só tratamento, propósito da maioria dos medicamentos. Portanto, ressalta-se, que o fomento ao direito à saúde, além de responsabilidade estatal, é propósito social e reforçado como finalidade durante cursos de graduação na área da saúde, cabendo, também, aos profissionais da área, o que inclui desde médicos a grandes produtores da indústria farmacêutica, a se comprometerem com o cumprimento legal desse direito. Dessa forma, o Estado, em concordância jurídica com acordos internacionais, os profissionais da saúde e a indústria farmacêutica no Brasil deveriam estar em consonância para garantir o acesso democrático à saúde. Entretanto, o que se pode observar é a negligência do Estado, que lucra fiscalmente com o desenvolvimento desenfreado dessa indústria, que, por sua vez, repassa seu rendimento para os profissionais da área, seja através de acordos com médicos, seja por contratação. Ou seja, a situação atual beneficia financeiramente esses três pilares em detrimento da saúde da população, que, através de condutas tendenciosas, perde qualidade no atendimento médico e fica propensa a equívoca medicalização.

Outrossim, ressalta-se o grande ideário da profissão médica e sua evolução social previamente abordada, que permitiram que fosse um ramo econômico lucrativo, enquanto que o bem-estar da população em geral têm níveis tipicamente subdesenvolvidos, reforçando o processo supracitado. No Brasil, em que há um sistema público de saúde, que, teoricamente, nivelaria e atenuaria os ciclos de pobreza, o lucro da Medicina se deve ao desmazelo administrativo, e o acúmulo de capital permanece como consequência da pauperização proporcionada por governos sem linhas de incentivo econômico focado no avanço tecnológico e sanitário. Conseqüentemente, uma parcela da população paga para contratar planos privados, para não depender de um sistema mal gerenciado, o que subtrai recursos do mercado, para giro comercial/investimentos, para serem aplicados em um serviço que o Estado, legalmente, assegura, mas que na prática, negligencia.

Dessa forma, estabelece-se um ciclo vicioso em que o Estado, por ser ineficiente, acarreta gastos para empresas de planos de saúde, que repassam para os clientes, que por sua vez, leva a uma diminuição da renda líquida geral da população, que empobrece e gera mais gastos. Portanto, nota-se a urgência de uma gestão eficiente do sistema de saúde brasileiro não só para aliviar os gastos da população e garantir tratamentos dignos, humanizados e acessíveis, mas também para impulsionar a economia no geral.

Para concluir, discute-se a capitalização das indústrias farmacêuticas, que, com base nesse modelo econômico, se sustentam a partir do consumismo, colaborando, em países não desenvolvidos, com mazelas perpetradas pelo acirramento da desigualdade visíveis. A medicalização, patologização e pharmaceuticalização são conceitos essenciais a serem entendidos, sendo apenas o primeiro consciente quanto ao significado de saúde, englobando ações de prevenção, promoção e não só

tratamento de uma doença previamente estabelecida. Os outros dois podem reforçar condutas tendenciosas, visto que idealizam um perfil patológico conveniente – patologização – e induzem uma terapêutica através de drogas fabricadas industrialmente – pharmaceuticalização.

Dessa forma, observa-se o processo econômico visto atualmente nessa indústria: mais drogas sem avanço científico comprovado disponíveis no mercado, contribuindo para que a Lei da Oferta e Procura diminua os preços estabelecendo, assim, o pensamento consumista transferido à saúde. Diferentemente do que parece, a diminuição dos preços através desse pensamento prejudica a democratização da saúde, uma vez que seria mais efetivo desenvolver estratégias para prevenir e promover saúde, além de instituir a “medicalização da pobreza”, em que “gastamos excessivamente capital e outros recursos para alcançar as necessidades de saúde pública trazidas pela pobreza ao invés de prover as demandas tangíveis dos pobres antes dos resultados das enfermidades”.

Continuando nesse tópico, cita-se como o fenômeno da globalização expandiu tal indústria, destacando sua rentabilidade e a transformando em um conjunto de oligopólios. Dessa maneira, a fabricação e a comercialização de medicamentos são reservados a um grupo limitado de companhias, tornando os custos, qualidade e mercadização regulados por esse conjunto, com o único objetivo de gerar lucros. Pode-se dizer, portanto, que isso contribui para a capitalização da saúde, convertendo um direito que deveria ser garantido legalmente em uma mercadoria acessível para poucos. Ademais, cita-se a participação dos profissionais de saúde nesse processo, que negligenciam a ética profissional e o bem-estar social, tão enfatizados como indispensáveis durante a formação acadêmica, em prol de regalias. Assim, o acesso à saúde é, mais uma vez, dificultado, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, em que a maior parte da população encontra-se em vulnerabilidade socioeconômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | REFERENCES | REFERENCIAS

ABRAHAM, John. **Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions**. *Sociology* 44 (4): 603–622, 2010.

AHOLA-LAUNONEN, Johanna. **Social Responsibility and Healthcare in Finland**. *Camb Q HealthcEthics*, v. 25, n. 3, p. 448-465, 2016.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.22 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2017.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1975

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980.

CACASO. **Beijo na boca e outros poemas**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.10

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions intotreatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], p. 1-7, 25 maio 1987. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1988.v22n1/57-63/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 22 set. 2020.

DAVIS, Joseph E. **The New Blackwell Companion to Medical Sociology: Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering**. 1. ed. [S.l.]: Blackwell Publishing Ltd, p. 211-241, 2010.

- GODOY, M R; OLIVEIRA, A L R; CÂMARA, Márcia Regina Gabardo. **O Controle de Preços na Indústria Farmacêutica no Brasil**. 2004, 25p. Disponível em: <http://edi.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/2004-o-controle-.pdf>. Acesso em: 10/09/2020.
- HEAVEY, Patrick. **The Irish Healthcare System: A Morality Tale**. *Camb Q Healthc Ethics*, v. 28, n. 2, p. 276-302, 2019.
- HOIRISCH, A. **Identidade médica**. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.70-3.
- J Rhee. **A influência da indústria farmacêutica nos hábitos de prescrição dos profissionais de saúde**. *The Internet Journal of Academic Physician Assistants*. 2008 Volume 7 Número 1. Acesso em 11/09/2020.
- KANAMURA, Alberto Hideki; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê**. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 41, n. 5, p. 814-820, 2007.
- LE MONDE DIPLOMATIQUE BRASIL. **Os sistemas de saúde no mundo**. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/os-sistemas-de-saude-no-mundo/>. Acesso em: 10/09/2020.
- NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. *Cadernos de saúde pública*, v. 18, p. S77-S87, 2002.
- PEPE, Vera LúciaEdais et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. *Ciência&Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2405-2414, 2010.
- Pires-Alvez FA, Paiva CHA, Falleiros I. **Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra**. In: Ponte CR, Falleiros I, organizadores. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história* Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV; 2010. p. 153-180. Acesso em 11/09/2020.
- ROCCO, R.P. **Relação estudante de Medicina-paciente**. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.45-56.
- RODRIGUES G. K. **Ciência a preço de garrafada: a transnacionalização de fármacos no póssegunda guerra (1945-1961)**. *Khronos, Revista de História da Ciência*, nº 8, pp. 1-28. 2019. Disponível em <http://revistas.usp.br/khronos>. Acesso em 09/09/2020.
- SALDIVA, P. H. N; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras**. *ESTUDOS AVANÇADOS*, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.
- SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. **BIOÉTICA**. 3. ed. rev. e aum. [S. l.]: Edusp- Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
- SEN A.P., DELEIRE, T. **How does expansion of public health insurance affect risk pools and premiums in the market for private health insurance? Evidence from Medicaid and the Affordable Care Act Marketplaces**. *Health Econ.*; 27(12):1877-1903, 2018.
- SHEPHERD, Lois; WILSON, Robin. **INTRODUCTION: The Medicalization of Poverty**. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46 (2018): 563-566. 2018.
- SHOLL, Jonathan. **The muddle of medicalization: pathologizing or medicalizing?**. *Theor Med Bioeth*, v. 38, n. 1, p. 265-278, 2017.
- SOUZA, Carla Patricia F. A. de; OLIVEIRA, Jaime L. M. e; KLIGERMAN, Débora C. **Avanços e desafios em normatização de amostras grátis de medicamentos no Brasil**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2014, v. 24, n. 3. Acessado 25 Setembro 2020, pp. 871-883. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300011>.
- WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Trad: Waltensir Dutra. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara,1982.

YADAV, M. R. **New drug discovery: Where are we heading to?**. Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research, v. 4, n. 1, p. 2-3, 2013.

YOUSEFI, Nazila; MEHRALIAN, Gholamhossein. **New Product Development in the Pharmaceutical Industry: Evidence from a generic market**. Iranian Journal of Pharmaceutical Research, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, v. 16, n. 2, p. 834- 846, 2017.

Natália Aragão de Figueredo

*Doutora em Solos e Nutrição de Plantas pelo Departamento de Solos, Universidade Federal de Viçosa. Possui mestrado em Solos e Nutrição de Plantas pela Universidade Federal de Viçosa, especialização "Latu Sensu" em Solos e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Lavras e graduação em Geografia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF).
lattes.cnpq.br/8205839948217107
nataliaragao@gmail.com*

Adriely Cardoso Barbosa

*Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora
lattes.cnpq.br/3704608764803464
adrielycbarbosa@gmail.com*

Anna Clara Lima Macedo

*Graduanda em Direito, Universidade Federal de Juiz de Fora.
lattes.cnpq.br/5578664210007900
annamacedo2002@gmail.com*

Nicole Humberto de Oliveira

*Graduanda em Direito, Universidade Federal de Juiz de Fora.
lattes.cnpq.br/9132025817330615
olhnicole@hotmail.com*

Pedro Henrique Barroso Avelar

*Graduando em Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora
lattes.cnpq.br/6236597258958795
phbavelar@gmail.com*