

Judicialização da saúde beneficia mercado, diz pesquisador

Um cidadão inglês transexual tem o sonho de se tornar mulher e começa o tratamento para mudança de sexo no serviço público britânico. Recebe remédios específicos, toma hormônios femininos e tem acompanhamento psiquiátrico. O governo oferece a cirurgia de mudança de sexo, mas ele ainda não quer fazê-la. Antes, quer fazer implantes para ter seios de mulher.

Paulo Alberto



Decisão sobre custeio de tratamento médico pela rede pública não pode ficar a cargo do Judiciário, diz pesquisador brasileiro radicado na Inglaterra.
Paulo Alberto

O governo, no entanto, se recusa a fazer a cirurgia de mama, pois considera o procedimento estético, que não pode ser oferecido pelo sistema público de saúde britânico. Ela vai à Justiça alegar que teve o tratamento interrompido pelo governo e não pôde se tornar uma "mulher completa". A Corte de Apelação nega o pedido, concordando com o governo.

Dá-se o paradoxo: o pedido para fazer os implantes foi negado por ser considerado um procedimento estético em mulheres. Mas o pedido foi feito justamente porque o tratamento para mudança de sexo foi interrompido: o cidadão ainda não se considerava exatamente uma mulher.

O caso é real e foi contado por **Daniel Wang**, doutor em Direito pela Queen Mary University of London e pesquisador do sistema de saúde inglês, durante participação no Fórum de Judicialização na Saúde na quinta-feira (8/3), em Campinas (SP). Wang usou o caso para provocar a plateia de médicos e juristas. Queria saber se, na opinião deles, a transexual inglesa, dentro da lógica do sistema de saúde inglês, deveria ou não ser operada naquela situação. Não houve consenso.

Wang esteve no Brasil para falar sobre a judicialização da saúde. Durante sua palestra, ofereceu um panorama do problema no mundo e contou como funciona o sistema inglês. Segundo ele, nenhum país consegue fornecer todo tipo de tratamento a todos os cidadãos.

Os Estados Unidos, disse, são o país que mais gasta com saúde por habitante (US\$ 10 mil por ano), e mesmo assim 30% dos norte-americanos disseram já ter adiado algum tratamento por falta de dinheiro.



Em segundo está a Suíça, com US\$ 7 mil anuais. O Brasil está no fim da fila de 20 países. “Mesmo os países que mais gastam com saúde não conseguem dar apoio a todos. Não tem como fornecer algo melhor com um orçamento seis vezes menor, como é o caso do Brasil”, resume.

Distribuição de direitos

Wang afirma que países superdesenvolvidos têm uma ideia restritiva de acesso à saúde pública porque os recursos são limitados. Na Noruega, o segundo país com maior gasto global em saúde, há uma lista do que o serviço público fornece e do que ele não oferece. Fisioterapia, por exemplo, só pagando. No Canadá, a lista de espera para uma cirurgia ortopédica é de 41 semanas. Ou seja, a demora para conseguir um tratamento não é exclusiva de países abaixo da linha do Equador.

Para o especialista, com a disseminação global de informações, as pessoas criam expectativas de alto padrão, mas têm de se adequar à situação financeira local. “Temos de interpretar o direito à saúde não como o direito do indivíduo de ter acesso a tudo que o médico prescreva. E isso não é fazer do direito à saúde menor, mas entender que ele existe em um contexto. Não pode ser absoluto em um cenário de escassez de recursos. Tem de ser equilibrado com o direito de outras pessoas que dependem do mesmo sistema”, afirmou à **ConJur**.

A fala de Wang focou mais no Reino Unido, onde ele mora e fez o doutorado. Segundo ele, o país é “extremamente criterioso” com a incorporação de novas tecnologias à rede pública de saúde e o governo procura sempre ponderar se a prestação do serviço a um indivíduo vale o custo elevado.

E ainda há restrições a tratamentos: só um clínico geral pode encaminhar um paciente a um especialista. E mesmo assim, há problemas de lista de espera, conta o professor.

Expectativa de direito

A falta de recursos para atender às demandas por serviços de saúde é um problema mundial. Segundo Daniel Wang, a solução adotada pelo Reino Unido foi a criação de um índice, o QALY, pelo Nice (*National Institute for Health and Care Excellence*), espécie de agência reguladora do mercado de saúde britânico.

O índice calcula a viabilidade de um tratamento: expectativa de vida do paciente com o tratamento multiplicada pela qualidade de vida dividida pelo custo. Se o índice for baixo, o Nice não incorpora o tratamento em seu atendimento.

Além disso, existe também um teto de 30 mil libras anuais que o governo inglês pode gastar com o tratamento de alguém. Mais que isso, o cidadão deve pagar. “O sistema inglês sempre pensa no custo mesmo que o tratamento dê mais expectativa e melhor qualidade de vida”, afirma Wang.

Os tratamentos são incorporados de forma gradativa, de acordo com a verba disponibilizada. O remédio Sofosbuvir, para Hepatite C, custaria 1 bilhão de libras por ano para o tratamento de 20 mil pacientes. O governo inglês atende 10 mil pacientes por ano e seleciona os que estão em estágio mais avançado.

Promessa de campanha do ex-primeiro ministro David Cameron, o *Cancer Drugs Foundation* foi uma proposta inovadora que foi executada com um fundo para fornecer tratamentos que passaram de 30 mil



libras a doentes com câncer. Wang conta que a Inglaterra se recusa a tratar pacientes terminais de câncer, pois a expectativa de vida é incompatível com o tamanho do gasto.

Com orçamento inicial de 200 milhões de libras por ano, ano a ano o gasto foi aumentando, atingindo 466 milhões de libras. “O gasto ficou incontrolável. O governo percebeu que tinha criado um buraco negro. O fundo terminou em 2016 e se verificou depois que só em 38% dos casos deu sobrevida de três meses aos pacientes. De 52 a 82% os casos não apresentaram benefício clínico”, revelou.

Judicialização

Wang conta que o sistema de saúde público inglês não admite distorções e é extremamente rígido. Portanto, não existem duas portas, a do governo e a judicial. As regras são transparentes e claras e o cidadão tem plena consciência disso.

Assim, o governo tem mais poder de barganha quando se lança ao mercado das indústrias farmacêuticas a fim de incorporar um novo tratamento ou medicamento. “Com a judicialização, isso se reduz muito”, diz Wang. “A indústria acaba fomentando a judicialização no país se sabem que a população vai conseguir pela via judicial.” E um remédio individual importado acaba saindo bem mais caro tanto para o Estado quanto para o plano privado.

O pesquisador alerta que uma política responsável nessa área envolve prioridade às comprovações científicas, e jamais em remédios e tratamentos duvidosos. O problema da judicialização, afirma, é que ela passa por cima de tudo — protocolos, listas da agência reguladora, conselhos, normas etc.. O ideal, segundo Wang, é “nunca perder a dimensão do coletivo, olhar as necessidades do indivíduo dentro do coletivo”.

Na opinião dele, o protocolo é sempre um bom começo, mas não uma decisão arbitrária. “Os protocolos de diretrizes clínicas são criados por um procedimento técnico e democrático. O protocolo é legítimo. Isso não impede o Judiciário de questionar o protocolo. Mas existem diferenças entre avaliar o protocolo, questionar e ignorá-lo”, criticou, em referência ao Judiciário brasileiro.

O especialista elogia a postura do Judiciário de controlar a qualidade da política pública e de sua execução, mas não considera boa a saída de políticas executadas pela Justiça. “O Judiciário brasileiro tem muita influência nas políticas públicas, mas de forma inconsciente. Não acha que está fazendo política pública. Pensa que está mexendo em algo pontual. Entretanto, quando a gente olha o agregado do que é judicialização da saúde, vemos uma assistência de política farmacêutica paralela e oficiosa”, finalizou.

Cidadãos

A fala não foi bem recebida por todos os presentes. O procurador de Justiça de São Paulo Arnaldo Hossepian, hoje membro do Conselho Nacional de Justiça, por exemplo, disse que os exemplos dados por Wang não são aplicáveis ao Brasil. Segundo ele, o país ainda não construiu seu “conceito de cidadania”, como ele acredita ser o caso do Reino Unido e do Canadá.

Paulo Alberto



"Cidadania é um conceito em construção no Brasil", diz Arnaldo Hossepian, do CNJ.
Paulo Alberto

“Me perdoem, mas cidadania é um conceito em construção no Brasil. Eu pergunto aos senhores: em sede de saúde, teríamos condições de ter um agente de saúde administrativo regulador como o Cade faz na área privada das grandes corporações deliberando ‘isto pode, isto não pode’? Para que possamos atingir aquele paradigma da Inglaterra, temos de caminhar com a cidadania”, reclamou o conselheiro, supervisor do Fórum Nacional da Saúde. “Desculpe, não dá para comparar.”

Para Hossepian, os magistrados só devem obediência à lei “e ao seu livre convencimento”, mas podem dispor de outras fontes de informação. “Queremos disponibilizar conhecimento técnico na área de saúde de forma ampla a todos os juízes. Não podemos transformar o juiz em um abnegado”, disse.

O Conselho Nacional de Justiça trabalha, desde 21 de novembro do ano passado, num [projeto](#) junto com os tribunais de Justiça para criar comitês técnicos em saúde. Com isso, pretende fornecer pareceres e opiniões de especialistas aos juízes e desembargadores de todo o Brasil que tiverem de decidir sobre acesso à saúde.

Segundo Hossepian, os comitês já foram implantados em quase todos os estados, e o intuito é que o juiz se utilize das informações desses bancos quando for decidir. “Temos uma caminhada longa, que dependerá de todos nós, do sistema de Justiça, dos profissionais de saúde e dos gestores públicos, esse é um abacaxi que temos que descascar”, finalizou.

**Texto alterado às 14h38 do dia 12/3/2018 para correção de informação e às 18h05 para inclusão de informações. Alterado novamente às 12h29 do dia 13/3/2018 para correção de informações.*

Date Created

12/03/2018