

O direito fundamental do acesso aos medicamentos

Rodrigo da Costa Ratto Cavalheiro

RESUMO

O acesso aos medicamentos tem sido negado por muitas circunstâncias, incluindo o monopólio das multinacionais farmacêuticas nos países da América do Sul e África. O discurso de mão única da medicina erudita e o poder da titularidade das patentes são outros propósitos para fechar o acesso aos medicamentos. Este direito foi reconhecido como direito fundamental pela 3ª Cúpula das Américas ou Declaração de Quebec/Canadá. Como exemplo, algumas ações do Governo brasileiro e iniciativas de ONGs sul-africanas têm modificado todo cenário dos tratamentos médicos no caso Aids. Finalmente, será possível reverter toda esta situação em que se encontram os países pobres ou do hemisfério sul?

Palavras-chave: acesso, governo, medicamentos, multinacionais farmacêuticas, ONGs

Título em inglês: THE FUNDAMENTAL RIGHT OF THE MEDICAMENTS ACCESS

ABSTRACT

The access to the medicaments has been denied for several circumstances, including the monopolies of the multinational pharmaceutical companies in the South American and African countries. The one hand speech of the erudit medicine and the power of the patent titularity are others purposes to close the access to the medicaments. This right was recognized as a fundamental right by the Third American Cupula or Quebec/Canadian's Declaration. For instance, some actions from the Brazilian Government and South African NGO's initiatives have modified all the cenary of the medical treatments in the Aids case. Finally, will it be possible to reverse all this situation where the poor or south hemisphere countries are?

Index Terms: access, government, medicaments, NGOs, pharmaceutical companies

Não obstante a tendência global apontar para o acesso aos medicamentos como direito fundamental do homem, especialmente assim reconhecido na Declaração de Quebec/Canadá, da 3ª Cúpula das Américas, assinada por 34 chefes de governo, inclusive o dos Estados Unidos, e na Resolução proposta pelo Brasil e aprovada pela Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, em Genebra/Suíça, com 52 votos favoráveis e a abstinência dos Estados Unidos, o direcionamento das políticas públicas de saúde, especialmente dos países considerados “em desenvolvimento” e “subdesenvolvidos”, tem definido uma considerável inacessibilidade da população aos medicamentos¹. Estudos têm demonstrado que 15% da população brasileira possui acesso a 48% dos medicamentos, 34% consomem 36% do total, e a grande maioria (51%) consome apenas 16% dos medicamentos produzidos². Essa é a realidade da maioria dos países sul-americanos e africanos, quando as estatísticas não mostram números ainda piores.

Exemplos da dificuldade do acesso da população aos medicamentos vêm de todos os setores interessados na especulação financeira desta atividade e impõem seus reflexos inclusive em órgãos que, ao menos teoricamente, deveriam distribuir justiça. Duas decisões judiciais confirmam essa assertiva: a primeira, através da qual o Supremo Tribunal Federal Brasileiro negou seguimento ao recurso do Estado do Rio de Janeiro contra liminar que suspendeu desconto em medicamentos a idosos; e a segunda, pela qual o Tribunal Regional Federal da 3ª Região suspendeu a dedução na declaração do Imposto de Renda das pessoas físicas, ano base 2001, dentre outras despesas, as realizadas com medicamentos do próprio contribuinte e de seus familiares, comprovadas com receita médica e nota fiscal em nome do beneficiário³.

Alguns fatos têm causado extrema repugnância e impossibilidade de inércia reflexiva e crítica, tais como o da doença de Chagas, que atinge aproximadamente 7 milhões de pessoa somente no Brasil e, mesmo assim, não existe um só medicamento que a possa combater, nem, ao menos, qualquer interesse no seu desenvolvimento por parte das empresas do setor; ou, ainda, o da doença malária (agente causador: *Plasmodium*), que, dentre as doenças transmitidas de um homem para outro homem, é a que mais mata no planeta. Trata-se de um dos casos mais graves de saúde pública, pois, em números, significa, aproximadamente, 500 milhões de casos em todo o mundo, com 1,5 a 2,7 milhões de mortes anuais, sendo que destes, 1 milhão se dá em crianças com menos de 5

¹ Kuntz (2001).

² Branco Neto (2001).

³ Fisco Soft (2002) e Supremo Tribunal Federal (2002).

anos, ocorrendo uma morte a cada 30 segundos por malária. E o pior de tudo é a constatação de que 40% da população mundial vive em áreas de transmissão e exposta ao risco de contrair a doença, havendo 101 países endêmicos de malária, que comportam 112 áreas endêmicas (regiões que apresentam registros contínuos de casos), todas localizadas – não é de se surpreender – em áreas tropicais do mundo. Tudo isso, no Brasil, significa o registro de mais de 500 mil casos anuais de malária.⁴

Segundo Santos (1999), no Brasil, 80 milhões de pessoas estão totalmente fora do poder de compra de medicamentos e o mercado brasileiro é o quarto maior do mundo em vendas unitárias. Portanto, o Brasil é o quarto país do mundo onde mais se gasta com medicamentos; mas, por outro lado, não é o quarto país do mundo em consumo de medicamentos, o que demonstra ser um péssimo exemplo mundial de acesso aos medicamentos.

A “medicina erudita”, ou aquela praticada pelos médicos, cientistas, universidades, como a única verdade, absoluta e intangível, tem contribuído para excluir a maior parte da população do acesso aos medicamentos e à saúde.

As multinacionais farmacêuticas compactuam para a difusão da credibilidade dessa medicina, em detrimento da “medicina popular”, ou aquela que se preocupa com os conhecimentos populares, angariados ao longo de gerações e que, na maior parte das vezes, utilizam-se, principalmente, para os tratamentos, de plantas medicinais, com efeitos terapêuticos.

É claro que não interessa às multinacionais farmacêuticas que a população do maior mercado da América Latina, que é o Brasil, desvencilhe-se da dependência dos seus produtos e dos processos farmacêuticos convencionais, geralmente químicos (alopáticos), de ação rápida e agressiva.

A atuação desse poder das multinacionais canaliza-se inteiramente em estigmatizar todo esse conhecimento popular, denominando-o de “bruxaria”, praticados não pela ciência, mas por “curandeiros”, “raizeiros”, “macumbeiros” etc.

Não obstante esta estratégia pelo alcance do lucro a qualquer custo, a população continua a experimentar formas alternativas de tratamentos, mesmo porque, não raras vezes, não tem acesso aos tratamentos indicados pela “medicina erudita” e precisa socorrer-se de caminhos como o do “Quatro Varas”, projeto de terapia comunitária implantado pelo psiquiatra Adalberto Barreto, na favela de Pirambu, na cidade de Fortaleza, com massagens terapêuticas e com a indicação de ervas medicinais. Ainda são

⁴ Barroso (2000).

poucas as iniciativas nesse sentido, mas, nesse caso relatado, já são atendidas cerca de 12 mil pessoas ao ano, valendo-se o projeto de recursos próprios.⁵

Mello (2001) entende que “não é crime ter lucro vendendo medicamentos. Crime é não ter ainda neste país (leia-se o Brasil, mas que se acopla perfeitamente a qualquer país da América do Sul ou África – acrescentado pelo autor) um sistema através do qual a indústria e o governo, em parceria, criem mecanismos de acesso a medicamentos para a população que não tem condições de adquiri-los”.

Em toda essa confusão, ocasionada propositalmente por interesses multinacionais farmacêuticos, a população perde o acesso aos medicamentos, que são caros e distantes de suas realidades.

Gigante (1988) afirma:

Se a cada cidadão for propiciada a possibilidade de viver em condições saudáveis, estaremos cuidando de prevenir doenças e diminuindo a necessidade de remédios. Não custa lembrar que condições saudáveis de vida têm a ver com moradia, alimentação, higiene pessoal e geral, inclusive realização adequada no trabalho e possibilidades de lazeres.

Benjamin (1994) afirma que “as patentes não podem a pretexto de estimular e compensar os esforços daqueles que criam e moldam o aperfeiçoamento dos bens, especialmente os de consumo, agredir o direito de acesso ao consumo, de que é titular todo e qualquer consumidor, rico ou pobre, educado ou analfabeto”, especialmente o consumidor de medicamentos que assim o é, não por opção, mas por necessidade, essencialidade, para sobreviver e vencer a doença ou os males do seu organismo.

Mello (2001) afirma:

Pesa o fato de que o Brasil não possui um sistema oficial de reembolso, ou seja, o governo não subsidia medicamentos, ao contrário de todos os países europeus. Lá, todos têm um sistema oficial de saúde onde o governo entra com a sua contrapartida, e o cidadão que utiliza esse sistema recebe o medicamento gratuitamente.

A precária distribuição de renda, a ausência de justiça social e toda esta campanha pela “cientificidade” e confiança dos medicamentos provindos das multinacionais farmacêuticas contribuem para a inviabilização do projeto da melhoria da saúde da população brasileira, deixando cifras assustadoras de mortes por causa de doenças que, atualmente, têm cura.

Outro caso peculiar a esta comunicação, e que não é de hoje que se discute, é o da titularidade das patentes como forma de proteger a propriedade intelectual e industrial dos fármacos e medicamentos frente à realidade dos

⁵ Fernandes (2002).

doentes de Aids, especialmente em países pobres e considerados em estado de epidemia como é o caso de diversos países da África, inclusive a África do Sul, onde o número de infectados atinge patamares alarmantes.

Deve essa propriedade intelectual ser respeitada diante da morte de milhares de seres humanos que não têm acesso aos medicamentos antiretrovirais por razões de impossibilidade financeira?

Como não se deixará de observar, a proteção por patentes dos processos e produtos farmacêuticos é uma conquista que propicia e incentiva a pesquisa e o desenvolvimento (P&D) na área farmacêutica, na medida em que garante que o investimento das empresas, em 10 ou 12 anos de pesquisas para a descoberta e identificação de um novo princípio ativo, seja recompensado com pelo menos 20 anos de exploração comercial desse processo ou produto no mercado internacional.

Todavia e mesmo diante deste argumento, não é suficiente, quando em paralelo com realidades como as citadas. É que justamente, neste momento, discutir-se-á quais os princípios mais relevantes, e, especialmente, se devem, ou não, ser considerados hierarquicamente, o do respeito à propriedade intelectual – através da patente de um fármaco ou medicamento, somente cedido através do pagamento de “royalties” – , ou o princípio mais elementar de todos, que é o da vida de pessoas, cuja única saída é a de se valerem de medicamentos para o controle da infecção e, por que não, em muitos casos, o da redução da carga viral e a possibilidade de uma sobrevida muito extensa?

Já em 2002, a “Treatment Action Campaign”, apoiada pela confederação sindical Cosatu e a ONG Médicos Sem Fronteiras, todas organizações sul-africanas de ajuda aos doentes de Aids, importaram do Brasil, ignorando e desobedecendo as regulamentações nacionais sobre patentes, medicamentos genéricos (AZT, 3TC e Nevirapin) para um programa de tratamento de doentes da cidade do Cabo, que, desde 2001, vinha tratando de 85 doentes, sendo que 50 deles exclusivamente com medicamentos genéricos do Brasil, já com um êxito registrado de 92% de redução da carga viral no organismo desses pacientes.

Erik Goemare, membro da ONG Médicos Sem Fronteiras, afirmou na ocasião: “Nós violamos a legislação sul-africana sobre as patentes (...), mas decidimos violar essa lei porque a vida de um doente não pode ficar à mercê de uma lei sobre patentes.”

Dessa forma, mais uma vez, somos compelidos à assertiva de que comportamentos como esse, empreendidos geralmente por organismos independentes e apolíticos, como as ONGs, têm demonstrado, sem sombra de dúvida, que as questões teórico-burocráticas sobre patentes somente ganham sentido se observadas diante da nua e crua realidade que atualmente se impõe. Não há como evitar o fato de que a importação dos medicamentos anti-Aids do Brasil tem permitido a redução, em 50%, no preço do tratamento coordenado por essa ONG e quiçá por muitas outras. Isso significa não somente a possibilidade de continuidade nesse tratamento, mas a de ampliação aos demais doentes naquele país.

Mas, por que, então, essa possibilidade não é estendida em larga escala na África do Sul? Mesmo se tratando de uma questão, cuja solução é clara e transparente, há que se pesar a forte pressão exercida pelo emaranhado econômico dos interesses das empresas farmacêuticas e sua direta influência na determinação das políticas de saúde adotadas por este ou aquele governo.

Mesmo que o tempo de maturação para clarear questões tão problemáticas como essa seja longo, há que se louvar o trabalho incansável daqueles que dia-a-dia ajudam a construir uma idéia de um mundo mais justo e, principalmente, diminuem a dor imediata dos aflitos.

Mocambrás

Referências bibliográficas

BARROSO, Wanir José. **Malária: a crise global**. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, ano 3, n. 20, p. 73-76, maio/jun. 2000.

BENJAMIN, Antonio Herman V. Proteção do Consumidor e Patentes: o caso dos medicamentos. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, n. 10, p. 21-26, 1994.

BRANCO NETO, Serafim. Cenário. *Fármacos & Medicamentos*, São Paulo, ano 2, n. 10, p. 47-48, jul./ago. 2001.

BRASIL. **Código civil anotado**. 3. ed. aum. e atual. Por Maria Helena Diniz. São Paulo: Saraiva. 1997.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei de Patentes. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 maio 1996.

FERNANDES, Kamila. Favela tem terapia comunitária. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 jul. 2002. Caderno Brasil, p. A10.

FISCO SOFT. **TRF da 3ª região suspende deduções em Imposto de Renda**. Disponível em: <http://www.fiscosoft.com.br/main_radar_fiscosoft.php?PID=610331>. Publicado em: 26 abr. 2002. Acesso em: 14 fev. 2007.

GIGANTE, Amilcar G. **O que é remédio**. São Paulo: Brasiliense, 1988. 73 p. (Coleção Primeiros Passos, n. 199)

KUNTZ, Rolf. Remédios e direitos fundamentais. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 25 abr. 2001. Caderno Economia, p. B2.

MELLO, José Eduardo Bandeira de. Produto Nacional. **Fármacos & Medicamentos**, São Paulo, ano 2, n. 12, p. 8-9, out. 2001.

SANTOS, Jaldo de Souza. CPI dos Medicamentos: que a verdade apareça. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, ano 2, n. 16, p. 5, set./out. 1999.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Notícias. **STF nega seguimento a recurso do Rio contra liminar que suspende desconto em medicamentos a idosos**. Disponível em: <<http://www.stf.gov.br/noticias/imprensa/ultimas/ler.asp?CODIGO=21827¶m=&tip=UN>>. Publicado em: 26 abr. 2002. Acesso em: 14 fev. 2007.

Mocambrás

Autor

Rodrigo da Costa Ratto Cavalheiro

Mestre em Direito pela Universidade Metodista de Piracicaba – SP – Brasil e Doutorando pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Portugal
Professor de Direito Civil e Direito Processual Civil da Unip (Universidade Paulista) / Sorocaba

Autor do livro: **O Monopólio e as Multinacionais Farmacêuticas**. Editora Ottoni, 2006.

Telefone: (11) 4013-3894 (Brasil)

Endereço para correspondência: Caixa Postal 178 – 13300-970 – Itu – SP – Brasil

rocoracasp@hotmail.com

Como citar este artigo:

CAVALHEIRO, Rodrigo da Costa Ratto. O direito fundamental do acesso aos medicamentos. **Revista Mocambrás**: acolhendo a alfabetização nos países de língua portuguesa, São Paulo, ano 1, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.mocambras.org>>. Publicado em: fev. 2007.