

SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS NA AMÉRICA LATINA: UMA ANÁLISE DO BRASIL E DA ARGENTINA

Camila Lins Rodrigues*
Felipe Lacerda**

Resumo: A questão do acesso a medicamentos ganhou destaque nas agendas internacionais devido a seu elevado impacto sobre a qualidade de vida. Em regiões como a América Latina esta discussão é primordial, dada a especificidade de sua realidade social caracterizada por elevados níveis de desigualdade, e pela reprodução deste cenário no setor saúde. Desta forma, o objetivo deste trabalho é avaliar e comparar as políticas de medicamentos implementadas nas últimas décadas em dois países latino-americanos: Brasil e Argentina. Em ambos o gasto com medicamentos constitui o item mais importante das despesas familiares com saúde, principalmente das famílias mais pobres. E os dois países têm desenvolvido políticas de medicamentos a partir de diferentes estratégias institucionais, cujos resultados ainda são pouco avaliados. A análise baseou-se em informações da literatura e no levantamento de dados de fontes brasileiras e argentinas. Os resultados encontrados evidenciam que, no Brasil, a implementação do SUS abriu espaço para a construção de uma Política Nacional de Medicamentos que busque organizar a assistência farmacêutica e incentivar a pesquisa e a produção dos laboratórios nacionais. Já a Argentina, apesar das dificuldades que enfrenta diante da presença de três sistemas de saúde, tem obtido avanços importantes como a construção do Programa *Remediar*.

Palavras-chave: Sistemas de saúde; Políticas de medicamentos; América Latina

¹ Doutoranda em Desenvolvimento Econômico do IE/UNICAMP. Bolsista CAPES.

² Doutor em Economia pelo CEDEPLAR/UFMG, Professor IBMEC- Belo Horizonte e Pesquisador da Fundação João Pinheiro

HEALTH CARE SYSTEMS AND PHARMACEUTICAL POLICIES IN LATIN AMERICA: A STUDY FROM BRAZIL AND ARGENTINA

Abstract: The discussion of access to medicines has been highlighted in international agendas due to its high impact on quality of life. This is a central discussion in places such as Latin America given the specificity of the social reality with high levels of inequality and the reproduction of this scenario in the health sector. The aim of this study is to evaluate and to compare pharmaceutical policies implemented in recent decades in two Latin American countries: Brazil and Argentina. In both spending on medicines is the most important item of household expenditure on health, especially of the poorest families. And the two countries have developed pharmaceutical policies with different institutional strategies and with results still poorly evaluated. The analysis was based on literature information and on data collection of brazilian and argentinean sources. Our results show that the implementation of SUS in Brazil influenced positively the National Pharmaceutical Policy construction that seeks to organize the pharmaceutical care and to encourage research and production in national laboratories. On the other hand despite the difficulties by the presence of three health systems, Argentina has achieved important advances such as the *Remediar* Program construction.

Keywords: Health systems; Pharmaceutical policies; Latin America

Resumen: La cuestión del acceso a los medicamentos se ha destacado en las agendas internacionales debido a su alto impacto en la calidad de vida. En regiones como América Latina esta discusión es de suma importancia, dada la especificidad de su realidad social caracterizada por altos niveles de desigualdad y la reproducción de este escenario en el sector de la salud. Así, el objetivo de este estudio es evaluar y comparar las políticas farmacéuticas aplicadas en las últimas décadas en dos países de América Latina: Brasil y Argentina. En ambos el gasto en medicamentos es el elemento más importante del gasto familiar en salud, especialmente del las familias más pobres. Y los dos países han desarrollado políticas farmacéuticas de diferentes estrategias institucionales, cuyos resultados son aún poco evaluados. El análisis se basó en información de la literatura y en la recopilación de datos de fuentes brasileñas y argentinas. Nuestros resultados muestran que en Brasil, la implementación del SUS allanó el camino para la construcción de una política farmacéutica nacional que trata de organizar la atención farmacéutica y fomentar la investigación y la producción de los laboratorios nacionales. Ya Argentina, a pesar de las dificultades que enfrenta en la presencia de tres sistemas de salud, ha logrado avances importantes, como la construcción del Programa Remediar.

Palabras clave: Sistemas de salud; Políticas farmacéuticas; América Latina

1 INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos constitui um dos marcos fundamentais do direito à saúde. O uso racional de medicamentos é a intervenção terapêutica mais custo-efetiva para promover a melhora das condições de saúde e da qualidade de vida da população, e também para salvar vidas. Além disso, no contexto da consolidação de sistemas de saúde, a garantia da oferta de medicamentos é importante para a credibilidade dos serviços e das ações de saúde. No entanto, diante das especificidades mercadológicas dos medicamentos (baixa elasticidade da demanda ao preço e à renda devido à dificuldade de obtenção de bens substitutos, reduzido poder de decisão do consumidor, assimetria de informação, competição limitada, e desequilíbrio entre oferta, demanda e consumo), a construção de políticas que busquem garantir o acesso necessita de atenção e esforços diferenciados (BARROS, 2008a; BERMUDEZ, *et. al.*, 2009).

Esta discussão ganha ainda mais relevância quando se trata da realidade de países pobres ou em desenvolvimento, onde a especificidade do quadro social, que se caracteriza por elevados níveis de desigualdade e iniquidade, se reproduz no setor saúde e no acesso a medicamentos. Boa parte da população desses países, principalmente a de renda mais baixa, permanece excluída dos cuidados de atenção à saúde e dos tratamentos com medicamentos. E mesmo quando há cobertura, esta ocorre de forma desigual, especialmente quando se dá via mercado. Os gastos privados com saúde e com aquisição de medicamentos são altamente regressivos nestes países. De acordo com Martich (2013), na América Latina, além de 75% dos gastos com medicamentos serem de origem privada, nota-se um peso desproporcional desse dispêndio sobre as rendas das famílias mais pobres.

Neste contexto, mostra-se de extrema relevância a compreensão do cenário de assistência farmacêutica e de implementação de Políticas de Medicamentos na América Latina. Este trabalho realiza um estudo sobre a realidade de dois países: Brasil e Argentina. Trata-se de dois países que, em contextos econômicos e políticos distintos, têm desenvolvido políticas públicas na área de medicamentos a partir de diferentes estratégias institucionais, cujos resultados ainda são pouco estudados e avaliados. De um lado, a partir da implementação de um sistema público de saúde que se propõe ser universal, o Brasil tem buscado ampliar o acesso a medicamentos contando

com diversas iniciativas (dispensação de medicamentos de atenção básica, estratégicos e de alto custo, comercialização de genéricos, Farmácia Popular). De outro, a Argentina, com seus três sistemas de atenção à saúde (o público, o de serviços sociais – *Obras Sociales* e o privado), tem obtido avanços importantes na assistência farmacêutica através da implementação do Programa *Remediar*.

Desta forma, este artigo busca descrever essas iniciativas, seus impactos e as dificuldades e os desafios que ainda persistem nestes países no sentido da garantia da universalidade e da equidade no acesso a medicamentos. No item 2 é apresentada a discussão sobre a realidade brasileira. O item 3 trata do caso argentino. E, no final do artigo, são apresentadas as principais conclusões obtidas a partir das informações levantadas.

2 O CASO DO BRASIL

A partir da lei 8.080 de 1990 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde) foram estabelecidas, concretamente, as novas diretrizes do sistema de saúde brasileiro fundamentadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, e materializadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Até então, o acesso aos serviços de saúde era realizado majoritariamente via seguro saúde obtido a partir de vínculos formais de emprego ou através de gastos privados diretos.

O discurso do SUS caracteriza-se pela oferta pública de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira, independentemente da origem social e do grau de complexidade do tratamento. O financiamento do sistema se baseia na arrecadação de impostos pelo Estado.

No entanto, a implementação real das políticas propostas pelo SUS encontra sérios obstáculos conjunturais e estruturais. No que diz respeito às questões conjunturais, o cenário internacional, influenciado pelo retorno do discurso liberal e pelas críticas à ideia de Seguridade Social, cria constantes tensões internas ao processo de avanço do SUS. Já as questões estruturais se referem, principalmente, ao caráter excludente e desigual (a nível socioeconômico e regional) de nossa sociedade, e às especificidades históricas da oferta de serviços públicos no país, tradicionalmente marcada por conflitos federativos, pela fragmentação das instituições, pela pequena interferência da sociedade no processo decisório e pela penetração de interesses privados,

diante de um Estado frágil e com pouca capacidade de regulação. Isto teria culminado, no caso específico do setor saúde, no fenômeno da mercantilização da medicina nos anos 90¹ (NORONHA, *et. al.*, 2009).

As tensões existentes entre o discurso da Seguridade Social e da busca da consolidação do SUS, de um lado, e a proposta neoliberal do Estado Mínimo acompanhada pelo fenômeno da mercantilização da saúde, de outro, foram muito evidentes na década de 90 e tiveram impactos significativos sobre a conformação do setor saúde no país. Estes impactos, por sua vez, rebateram sobre segmentos específicos importantes, tal como o setor farmacêutico. Ao longo dos anos 90 e 2000, o governo brasileiro tem tentado consolidar políticas voltadas para a dinamização da produção interna de medicamentos e para o aumento da equidade do acesso a estes produtos. Trata-se de uma tentativa de romper com a fragilidade histórica da organização e da coordenação deste processo e com a inércia do Estado em garantir a prevenção de doenças e a recuperação da saúde da população através da oferta adequada daqueles produtos. No entanto, o Estado enfrenta dificuldades e resistências impostas por diversos atores sociais modernos (BARROS, 2008b).

A conformação e as características da indústria farmacêutica no país, que sempre foi altamente concentrada e que historicamente esteve dominada pela presença das multinacionais, também é um dos elementos chave e com influência decisiva sobre as políticas públicas do setor. As atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) voltadas para a descoberta de novos fármacos da indústria farmacêutica brasileira sempre apresentaram níveis pouco significativos. Esta se especializou na cópia de tecnologias estrangeiras e na centralização de suas incipientes atividades internas na produção de fármacos já existentes no mercado². Por outro lado, os laboratórios estrangeiros nunca vislumbraram vantagens em realizar atividades de P&D no país.

¹ Segundo Braga e Silva (2001), a mercantilização da saúde é o “(...) processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria ‘como outra qualquer’ submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista” (pg. 20). Trata-se de um cenário em que o setor privado ganha autonomia (através da consolidação dos seguros-saúde, por exemplo), os consumidores adquirem os bens no mercado e o Estado perde relativo poder, assumindo outras funções como regulação, supervisão e estabelecimento de contratos.

² É possível afirmar que essa “especialização” dos laboratórios nacionais também reflete uma clara postura do governo brasileiro de fomento às políticas de substituição de importações até os anos 80. No que diz respeito especificamente ao mercado de matérias-primas farmacêuticas, instituiu-se a Portaria nº 4/84 que “(...) regulamentou a concessão de autorização para produção de matérias-primas, insumos farmacêuticos e aditivos utilizados na fabricação de medicamentos. Por meio desse instrumento legal, o governo garantiu uma virtual reserva de mercado, proibindo importações para os fármacos que viessem a ser fabricados no país” (QUEIROZ; GONZÁLES, 2001; p. 132).

No entanto, o processo de abertura comercial e financeira que caracterizou o país no início dos anos 90 colocou em dificuldades a produção interna de fármacos, interrompendo um processo que havia ganhado certo fôlego até os anos 80. A redução das barreiras alfandegárias e a revogação da Portaria nº 4/84 abriram espaço para um crescimento sem precedentes da importação de fármacos, tanto por parte das filiais de empresas estrangeiras, quanto pelos laboratórios nacionais (QUEIROZ; GONZÁLES, 2001).

Um agravante deste processo foi a mudança da legislação patentária sobre medicamentos vigente no país. O Brasil assinou o acordo TRIPS³, que passou a vigorar no país em 1996, a partir da Lei de Propriedade Industrial. Diante da assinatura deste acordo, os laboratórios nacionais, que já não possuíam tradição no investimento em P&D e na produção de novos fármacos, não poderiam mais nem produzir internamente (a partir do processo de engenharia reversa) os fármacos cujas patentes estivessem vigentes (LEMOS, 2008).

Nota-se, portanto, que a maior facilidade de comércio (inclusive as atividades de importação), a política de liberalização dos preços e o reforço do caráter oligopólico do setor farmacêutico diante da lei de patentes contribuíram para um aumento generalizado dos preços dos medicamentos, sendo esta a principal variável de faturamento da indústria nos anos 90. E, sob uma lógica perversa, o aumento dos preços tendia a dificultar o acesso da população, principalmente da camada mais carente, aos tratamentos com medicamentos (LEMOS, 2008; QUEIROZ; GONZÁLES, 2001).

O cenário adverso anunciado na década de 90 veio a reforçar a importância da atuação do Estado brasileiro, em parceria com os laboratórios públicos e privados, em prol do desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional e da garantia da universalidade do acesso a medicamentos. Em 1998, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta política baseava-se nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tinha como premissas principais: "(...) a adoção e revisão da RENAME⁴, a regulamentação sanitária de medicamentos, o desenvolvimento

³ *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio).

⁴ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – lista nacional de referência dos fármacos considerados básicos e indispensáveis à saúde da população.

científico e tecnológico, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e a reorientação da assistência farmacêutica” (OLIVEIRA, *et. al.*, 2006; pg. 2384). Havia também a preocupação com o desenvolvimento dos laboratórios públicos nacionais, que deveriam se constituir como referências na produção de medicamentos essenciais, garantindo qualidade e preço. E a lista de medicamentos descrita na RENAME deveria ser utilizada tanto para direcionar a produção dos laboratórios quanto para organizar, de maneira racional, as compras governamentais de medicamentos a serem dispensados pelo SUS.

Em 2004, foi instaurado o Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, de iniciativa dos Ministérios de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e da Saúde. Os participantes do Fórum discutiram a possibilidade de implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica que combinasse o avanço da cadeia produtiva da indústria farmacêutica nacional, a expansão do acesso da população aos medicamentos (inclusão social e regional) e o estabelecimento de uma estrutura de compras públicas pelo Estado. A questão do acesso mostrou-se central nas discussões, diante do preocupante diagnóstico segundo o qual 40% da população brasileira não possuía recursos para adquirir medicamentos pela rede privada dependendo, portanto, da dispensação realizada pelo SUS. Além disso, constatava-se uma distribuição desigual dos gastos entre os 60% que podiam pagar pelos medicamentos, uma vez que pequenas parcelas da população com rendas mais elevadas eram responsáveis pela maior parte do consumo sem, no entanto, comprometer excessivamente seus respectivos orçamentos (BRASIL, 2007).

Como resposta às discussões e às demandas apresentadas, no mesmo ano foi implementada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que deveria estabelecer as diretrizes para a compra, a distribuição e o acesso da população aos medicamentos de atenção básica, estratégicos e de alto custo sem, no entanto, estar descolada das reais necessidades de saúde da população e dos processos de produção e de geração de inovações. Seus principais eixos estratégicos eram a ampliação e a melhoria da qualidade do acesso; o incentivo à produção pública de medicamentos; e a consolidação de processos regulatórios (CASAS, 2009).

Na prática, a assistência farmacêutica no âmbito do SUS foi se consolidando em um universo amplo de programas e projetos, os quais possuem natureza diversificada e distintas estratégias de operação. Em

primeiro lugar, pode ser mencionado o programa “Medicamentos para Atenção Básica”. A partir de um mecanismo de financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, um conjunto de medicamentos cujos nomes encontram-se na lista da RENAME é adquirido de maneira descentralizada, de forma a atender as necessidades epidemiológicas das respectivas regiões onde são distribuídos através da rede ambulatorial do SUS. Essa iniciativa faz parte da redefinição da Política Nacional de Atenção Básica, que tem como princípio norteador o Programa Saúde da Família (PSF), responsável pela oferta de cuidados primários de saúde.

Em segundo lugar, temos os “Medicamentos para programas estratégicos”, cujas compras são realizadas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (para garantir ganhos de escala e/ou padronização dos tratamentos) o qual, em seguida, realiza a distribuição à rede ambulatorial do SUS. Os principais exemplos seriam o Programa Nacional de DST/AIDS (que garante aos portadores da doença o tratamento via anti-retrovirais - ARVs) e os Programas de Controle da Hipertensão e do Diabetes.

Em terceiro lugar, estão os “Medicamentos utilizados na assistência hospitalar e oncológica” e, em quarto, o “Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional”. Este busca garantir assistência farmacêutica a pacientes portadores de doenças raras, as quais, normalmente, implicam em tratamentos de alto custo e longa duração. Nestes casos, os medicamentos são adquiridos pelos estados a partir de recursos de um fundo criado para este fim (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC) (BARROS, 2008b).

É importante ressaltar uma quinta iniciativa do Ministério da Saúde, cujo desenho recebeu muitas críticas em função das “contradições” presentes com os princípios da universalidade dos serviços de atenção à saúde. Trata-se do “Programa Farmácia Popular”, que possui duas frentes de ação para distribuição, a preços subsidiados, de medicamentos para tratamento de doenças comuns entre os cidadãos. Uma delas se baseia em parcerias do governo federal com as demais entidades federadas e com outras instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos. Neste esquema, medicamentos são adquiridos pela Fiocruz dos laboratórios públicos a baixo custo (e dos privados, quando necessário) e vendidos à população através de unidades sob gestão do próprio governo ou das entidades/instituições parceiras (BARROS, 2008b). A outra se estrutura a partir de convênios estabelecidos entre o governo e as

farmácias e drogarias da rede privada, e conta com um sistema de co-pagamento para a aquisição dos medicamentos a partir da aplicação de um Valor de Referência (VR) para cada produto (BRASIL, 2007).

A justificativa do governo federal para o formato específico do Programa baseado no esquema de co-pagamento centra-se nas possibilidades de aumento do acesso a esses produtos por parte da parcela da população que utiliza os serviços privados de saúde e de redução do gasto com medicamentos de 75% da população que os adquire a partir de desembolso direto. Segundo o governo, o Programa não deixa de se configurar como uma prestação de serviço público, já que não há ato de comércio, geração de lucro e nem comprometimento da dispensação gratuita de medicamentos na rede pública do SUS.

No entanto, muitos especialistas e membros da sociedade em geral são críticos ao Programa, alegando que seu formato segue na contramão dos princípios do SUS. Segundo estes grupos, o fato da aquisição dos medicamentos ser realizada mediante pagamento, sendo o preço o mesmo tanto para os assalariados/população de baixa renda quanto para as famílias de altos rendimentos, a partir de receitas obtidas pelo SUS ou em consultórios particulares, torna o programa inconstitucional⁵ (BARROS, 2008b).

Todas as iniciativas descritas anteriormente constituem-se como elementos fundamentais para o início da construção de uma Política Nacional de Medicamentos de sucesso. Mas, uma medida implementada no final da década de 90 teve uma importância fundamental para este processo. Trata-se da Lei de Medicamentos Genéricos, de fevereiro de 1999. Até o estabelecimento desta Lei, o mercado brasileiro oferecia basicamente dois tipos de medicamentos aos consumidores: os originais, que eram lançados de maneira pioneira no mercado pelos laboratórios líderes da indústria farmacêutica internacional com marca própria (nome comercial), e seus respectivos “similares”, cópias dos medicamentos de referência cuja produção concentrava-se nos pequenos e médios laboratórios nacionais, sem sofrer grandes controles por parte do governo (QUENTAL *et. al.*, 2008).

⁵ Há evidências de que o montante de recursos destinados à disponibilização de medicamentos subsidiados já é superior ao gasto do governo federal com a distribuição gratuita de medicamentos para atenção básica realizada pelo SUS. Em paralelo, em muitos municípios, mais da metade das receitas apresentadas nas Farmácias Populares é proveniente do sistema público e, em muitos casos, esse total chega a 80%.

Com a assinatura do acordo TRIPS, a produção dos similares, conforme já mencionado anteriormente, foi prejudicada, uma vez que a produção e a comercialização de medicamentos cujas patentes estivessem vigentes passaram a ser monopólio dos laboratórios detentores das respectivas patentes. Desta forma, buscando regulamentar a produção desse segmento e garantir uma oferta crescente de medicamentos de boa qualidade e de baixo custo, o governo implementou a política dos genéricos. Estes seriam cópias perfeitas dos medicamentos inovadores e poderiam ser produzidos em situações específicas como extinção do prazo de validade da patente do medicamento original ou emergências de saúde pública⁶ (VALENTIM, 2003). Nota-se, portanto, que ao contrário do que ocorria com os similares, a produção de genéricos deveria ser muito bem controlada e regulamentada pelos órgãos públicos de referência, principalmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Foram de extrema relevância os incentivos governamentais oferecidos para a produção de genéricos, principalmente os direcionados para os laboratórios nacionais, no início dos anos 2000. Isso permitiu um salto inédito na organização e na oferta desta indústria. As empresas nacionais foram as primeiras a adentrar nesse mercado e, em virtude disso, conseguiram se estabelecer com solidez e controlar a maior parte da produção e da comercialização.

Mas, mesmo com todos os avanços, a política de genéricos ainda apresenta muitas limitações na esfera da produção (escala menor que a de grandes laboratórios rivais estrangeiros e nível de internacionalização de produção de fármacos incipiente) e na promoção da articulação entre as dimensões econômica e sanitária (assistência farmacêutica) (QUENTAL *et. al.*, 2008). É fato que quando da introdução dos genéricos no mercado, estes passaram a ser vendidos a um preço médio inferior em 40% em relação ao preço médio dos medicamentos de referência e estes, por sua vez, ao se exporem à concorrência, também apresentaram redução relativa de seus preços. Isso, obviamente, teve um impacto significativo sobre o consumo. No entanto, segundo Frenkel (2008), este fenômeno teve um sucesso apenas parcial. Para o autor, o processo de competição via preços não se efetivou

⁶ Medicamentos que já eram produzidos no país antes da vigência da Lei de Patentes também tiveram a continuidade da produção garantida, uma vez que a Lei não era retroativa.

completamente. Após os primeiros anos de permanência dos genéricos no mercado, os laboratórios nacionais começaram a abandonar o processo de competição via preços, e passaram a utilizar o método tradicional de influência sobre a decisão de quem detém o poder da prescrição (o médico) e de quem controla a venda para o varejo (as farmácias)⁷.

Além disso, a expansão da demanda pelos genéricos encontra sérias limitações estruturais, que se traduzem em uma segmentação excessiva do consumo entre as famílias, relacionada às suas respectivas rendas e à elasticidade-preço, o que contribui para que a política de genéricos tenha impactos diferenciados (e nem sempre positivos) sobre os estratos populacionais. A política de genéricos praticamente não tem efeito para as famílias que se encontram nos estratos extremos de renda. As famílias mais ricas prezam pelo consumo de medicamentos de última geração e pagam qualquer preço, já que seus gastos com medicamentos têm pouco impacto sobre suas respectivas rendas. Já as famílias mais pobres possuem um nível de renda tão baixo e encontram-se tão distantes do mercado regular (em termos sociais e geográficos), que mesmo uma redução significativa de preços não é suficiente para que elas passem a consumir mais medicamentos genéricos. Neste caso, a única iniciativa viável para garantir o consumo desses indivíduos é a distribuição gratuita de medicamentos realizada pelo SUS. De fato, o mercado que responde de maneira mais significativa à oferta de genéricos é o que é formado por famílias com renda média com elevada participação do consumo de medicamentos sobre os rendimentos. Neste grupo estão, por exemplo, os aposentados, que possuem renda fixa e normalmente precisam consumir altas cargas de medicamentos. Portanto, qualquer redução de preço impacta positivamente o consumo (FRENKEL, 2008).

A experiência de maior destaque no que diz respeito ao desenvolvimento da política de genéricos no país foi a promoção de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais⁸. Segundo Lago (2008), desde 1996, de forma pioneira em relação aos outros países com nível de desenvolvimento econômico semelhante, o país declarou o direito dos portadores de HIV a receber, via

⁷ A propaganda ou as vantagens oferecidas por determinados laboratórios, ao influenciar as prescrições médicas ou as indicações das farmácias, podem fidelizar os consumidores a ponto de tornar suas respectivas demandas pouco suscetíveis a variações de preços.

⁸ Conforme já mencionado anteriormente, a dispensação dos antirretrovirais para tratamento da AIDS faz parte da iniciativa de “Medicamentos para Programas estratégicos”.

SUS, sem nenhum custo, os ARVs necessários ao seu tratamento. Nos primeiros anos de vigência da política, o país pôde, estrategicamente, contar com a produção local (laboratórios públicos) de ARVs que não estavam sujeitos à legislação de propriedade intelectual. Além disso, mesmo diante das exigências do acordo TRIPS, o governo valia-se de pressão sobre os laboratórios, principalmente os estrangeiros, para que estes baixassem os preços dos medicamentos protegidos por patentes. As ameaças de utilização do recurso de licenciamento compulsório eram recorrentes.

No entanto, os custos crescentes com o Programa diante do surgimento de versões mais novas e modernas de ARVs, as quais são exigidas pelos pacientes brasileiros na justiça, colocam a sustentabilidade do Programa em risco. Diante disso, é necessária a adoção de medidas estratégicas pelo Ministério da Saúde, como o desenvolvimento de um mercado competitivo de genéricos a partir da participação dos laboratórios nacionais e o uso da Lei de licenciamento compulsório em casos extremos (LAGO, 2008).

Diante de tudo o que foi exposto em relação ao processo de construção da Política de Medicamentos no Brasil nos últimos anos, é importante frisar que, apesar dos avanços evidentes, persiste no país um padrão de iniquidade no acesso aos medicamentos. Os gastos da população com medicamentos representam quase metade dos gastos com saúde (48,6%), sendo que para a população pertencente ao estrato dos 40% mais pobres, esse percentual atinge 74,2%, enquanto que para os 10% das famílias mais ricas, esse percentual é bem inferior: 33,6%. Isso reforça a necessidade de desenhar políticas que consigam, através da oferta pública de medicamentos, impactar de maneira mais efetiva a realidade da população mais pobre e vulnerável do país (TABELA 01).

Tabela 1 - Distribuição percentual das despesas familiares monetárias e não monetárias médias mensais com assistência à saúde, por classes dos 40% com menores rendas e dos 10% com maiores rendas (2008-2009)

Tipos de despesa	Despesas familiares monetárias e não monetárias médias mensais com assistência à saúde (%)		
	Total	Classes	
		40% com menores rendas	10% com maiores rendas
Remédios	48,6	74,2	33,6
Plano/seguro-saúde	29,8	7,0	42,3
Consulta e tratamento dentário	4,7	1,9	6,4
Consulta médica	3,9	4,4	3,2
Tratamento médico e ambulatorial	1,9	0,5	4,0
Serviço de cirurgia	2,8	1,7	4,2
Hospitalização	0,7	0,4	0,6
Exames diversos	2,9	5,1	1,5
Material de tratamento	4,0	3,8	3,6
Outras	0,8	1,0	0,6
Despesa total	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009).

A seguir, descreve-se a situação da Argentina, país que também enfrenta inúmeros desafios na garantia do acesso a medicamentos por parte da população.

3 O CASO DA ARGENTINA

Na Argentina não há um único sistema de saúde, mas sim a presença de uma diversidade de sistemas fragmentados e superpostos, o que reflete a própria história do desenvolvimento das instituições no país. É possível identificar três grandes subsetores que organizam os serviços de saúde: o público, o de seguridade social e o privado. No setor público, o governo nacional e os governos provinciais (estaduais) compartilham a responsabilidade sobre a oferta de atenção médica, que é legalmente gratuita e representada pela capacidade instalada de hospitais e Centros de Atenção Primária de Saúde (CAPS). Os fundos utilizados para financiar este gasto público são os impostos

gerais recolhidos pelo Estado. O segmento da seguridade social é composto pelos trabalhadores formais argentinos, por suas respectivas famílias e pelos aposentados/pensionistas. Sua gestão é realizada pelas *Obras Sociales* (nacionais e provinciais) e pelo INSSJP (*Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*). Os recursos são provenientes das contribuições de trabalhadores, empregadores e também de aposentados e são direcionados, enquanto fundos financeiros, para a compra de serviços de saúde majoritariamente ofertados por instituições privadas e médicos contratados. Já o setor privado (com e sem fins lucrativos), além da oferta de serviços para os filiados às *Obras Sociales*, compreende as atividades de seguradoras e planos de saúde, que oferecem cobertura mediante pagamento direto (MARTICH, 2013; VASSALLO, 2008).

A fragmentação institucional do sistema de saúde argentino, que é abrangente, mas não universal, se reproduz no caráter do acesso a medicamentos por parte da população. A circulação e a aquisição dos fármacos ocorrem de forma diferenciada, influenciadas pelo segmento social dos indivíduos, o que impacta, portanto, a equidade do acesso e o estado de saúde da população. Enquanto os usuários de planos privados de saúde e os dependentes das *Obras Sociales* podem contar com esquemas de cofinanciamento para a aquisição de determinados medicamentos (principalmente ambulatoriais), o restante da população realiza desembolso direto ou permanece à mercê das possibilidades do Estado de ofertar programas específicos através da realização de compras institucionais (MARTICH, 2013).

O acesso aos medicamentos por parte dos argentinos sofre influência não só das especificidades dos modelos de atenção à saúde, mas também das características da indústria farmacêutica presente no país. A Argentina é um dos poucos países latino americanos que conta com a presença de poderosos laboratórios domésticos no mercado de medicamentos. Durante o período de industrialização por substituição de importações (anos 30 ao final dos anos 60), o elevado grau de protecionismo estatal, as regulamentações favoráveis aos laboratórios nacionais, o estabelecimento de elevadas tarifas de importação e o não alinhamento às normas internacionais de proteção intelectual favoreceram o florescimento de laboratórios privados nacionais, construídos com base na realização de cópias. Os laboratórios domésticos dominam mais de 50% do mercado farmacêutico do país a partir da venda de

medicamentos copiados e registrados a partir de suas próprias marcas (HAYDEN, 2008).

Durante a década de 90, no auge do discurso neoliberal e das práticas econômicas liberalizantes (privatizações, desregulamentações e redução das barreiras comerciais), mudanças regulatórias alteraram a dinâmica e a reconfiguração do setor farmacêutico no país. A desregulamentação comercial abriu espaço para a liberalização dos preços e para a redução das tarifas de importação, além da promoção de maior facilidade para o registro de medicamentos. E, diante da retirada do controle de preços por parte do Estado, que havia vigorado até os anos 80, verificou-se um aumento exacerbado dos preços dos medicamentos domésticos com marcas líderes. Tal fato refletia também uma particularidade do mercado de fármacos argentino. Mesmo declarando-se oficialmente favoráveis ao reconhecimento dos direitos internacionais de propriedade intelectual a partir de 1996, na prática, os laboratórios argentinos continuaram não respeitando as patentes de laboratórios estrangeiros. Desta forma, esses laboratórios se valeram da desregulamentação para, a partir da exploração de suas respectivas marcas, praticar preços elevados e aumentar suas margens de lucro. E, ao contrário do que se esperava, a abertura comercial e a exacerbção da concorrência não necessariamente provocaram redução de preços e aumento do consumo de medicamentos, sendo que o mercado passou a estar ainda mais concentrado nas mãos dos grandes laboratórios privados nacionais e das multinacionais (HAYDEN, 2008; MARTICH, 2013).

No início dos anos 2000, a Política Nacional de Medicamentos do país começou a ser desenvolvida, em meio a um cenário de grave crise. As dificuldades econômicas pelas quais passava o país refletiam-se não somente na queda do nível de emprego formal e no aumento da pobreza, mas também na limitação ao acesso aos serviços de saúde, especificamente aos medicamentos. Enquanto estes ficavam cada vez mais caros, cresciam também os gastos diretos da população para sua aquisição (MARTICH, 2013). De acordo com Falbo (2003), esses gastos privados, que giravam em torno de US\$ 3,7 milhões em 1995, tenderam a aumentar a partir deste ano devido ao impacto da variável preço. Essa tendência seguiu até o ano de 1998 (gastos em aproximadamente US\$ 4,25 milhões), quando ocorreu um leve declínio no crescimento dos preços e também uma diminuição das quantidades de medicamentos demandadas, em razão do início do período recessivo. Em

2001, no auge da crise, houve uma diminuição significativa das quantidades demandadas, o que impactou o montante total gasto com medicamentos (queda para US\$ 4,05 milhões). Já em 2002, a desvalorização do peso frente ao dólar abriu espaço para os laboratórios aumentarem novamente os preços dos medicamentos, enquanto a demanda permanecia deprimida devido à perda de poder de compra gerada pela crise. Prevalencia assim um cenário perverso que combinava aumento de preços e queda das quantidades demandadas, tendo como efeito final um aumento dos gastos privados totais com aquisição de medicamentos (patamar de gastos da ordem de US\$ 4,3 milhões).

Portanto, diante do quadro de emergência nacional e sanitária declarado como oficial, o governo elaborou e implementou o *Remediar*, o maior programa de provisão pública de medicamentos essenciais para uso ambulatorial do país. Este programa estava imbuído na proposta de Reforma da Atenção Primária de Saúde, a qual, em princípio, pregava o aumento da cobertura, a promoção da equidade e a melhora das condições de saúde da população por meio da reorganização da provisão e do financiamento dos serviços de atenção primária. Na reconversão desta proposta, determinou-se que a maior parte de seus recursos deveria ser destinada para a garantia de acesso gratuito aos medicamentos ambulatoriais essenciais para a população do país, mais especificamente, para aquela abaixo da linha de pobreza e sem seguro social (estimada em aproximadamente quinze milhões de pessoas). A ideia era tratar os problemas de saúde prevalentes no primeiro nível de atenção e, ao mesmo tempo, vincular a população mais vulnerável às equipes de atenção primária, evitando a deterioração da saúde deste grupo a partir das práticas de prevenção e do controle médico (VASSALLO, 2008).

O Programa *Remediar* foi então implementado sob a responsabilidade do Ministério da Saúde da Argentina, como parte de um conjunto de projetos que contam com financiamento externo (agências e organismos internacionais). Os medicamentos deveriam ser ofertados em condições de gratuidade para todos os indivíduos que realizassem consultas nos CAPS filiados ao programa, independentemente do nível de renda ou de cobertura de saúde. As principais premissas do programa eram: fortalecimento da atenção primária de saúde; consenso federal (implementação de um modelo de federalismo sanitário baseado em critérios de distribuição territorial equitativos, transparentes e objetivos); seleção e uso racional de

medicamentos; prestação crescente (aumento proporcional da composição e da quantidade de kits de medicamentos distribuídos, assim como do número de CAPS cadastrados no programa); compras centralizadas; distribuição direta (kits de medicamentos distribuídos pelo programa diretamente aos CAPS através de uma empresa contratada mediante licitação pública); mecanismos de controle de gestão; participação de Organizações Não Governamentais e conselhos consultivos; transparência.

Os kits de medicamentos distribuídos pelo *Remediar* são compostos por fármacos presentes no Formulário Terapêutico Nacional da Confederação Médica da Argentina, dos quais se espera uma cobertura de até 80% das patologias prevalentes nos CAPS. Ressalta-se que a composição de cada kit está voltada para as necessidades epidemiológicas dos respectivos CAPS. Além disso, uma parte dos medicamentos do kit configura um grupo de remédios “básicos” que devem estar presentes em todas as entregas realizadas aos CAPS e outra parte compõe os envios seletivos, que são influenciados por variações na demanda da população e nas prescrições. Durante a evolução do programa, foram desenvolvidos também alguns modelos específicos de kits tendo como base o número de prescrições, o grau de complexidade dos CAPS e, até mesmo, a possibilidade de atender outras instituições além dos CAPS, tais como hospitais públicos com programas específicos.

Um dos aspectos mais elogiados do programa é a economia realizada com as compras de medicamentos centralizadas no Ministério da Saúde. As estimativas são de que essa economia gira em torno de 87% (diferença entre o custo de aquisição e o preço de mercado). E as quantias economizadas são direcionadas para outras iniciativas importantes, como o fortalecimento da atenção primária (compras de equipamentos básicos para os centros, aquisição de insumos e medicamentos para tratamento de doenças crônicas) e, até mesmo, a inclusão de novos medicamentos na lista original do Programa *Remediar*.

De acordo com as informações divulgadas pelos órgãos de avaliação, a focalização indireta do programa verifica-se pela elevada participação de CAPS tradicionalmente demandados pelos segmentos mais pobres da população ou localizados em regiões periféricas e/ou em situações de risco. Nota-se que 83% dos pacientes com tratamentos cobertos pelo *Remediar* se encontram abaixo da linha de pobreza. E dentro deste grupo estão os indigentes, que representam 47,3% do total de beneficiários. No geral, são indivíduos que

vivem em habitações populares, assentamentos ou bairros muito deteriorados, muitas vezes sem calçamento ou tratamento de água, e que possuem baixo nível de escolaridade. Ressalta-se também que a maioria dos pacientes são mulheres e crianças. E, no total, 87% dos beneficiários não possui nenhum tipo de cobertura de seguro de saúde.

O impacto sobre esses grupos se fez notar logo no início da implementação do programa. As transferências realizadas nos primeiros meses (medicamentos a preços de mercado) corresponderam a 17% dos gastos com medicamentos realizados por metade da população do país pertencente aos estratos de menor renda. Além disso, as compras realizadas em 2004 foram equivalentes a 24% da renda familiar per capita dos beneficiários, chegando a representar 41% no caso dos beneficiários classificados como indigentes.

Além de tornar o acesso aos medicamentos de uso ambulatorial mais equitativo, o programa foi responsável por aumentar o fluxo de pacientes aos CAPS. Constatou-se que antes da implementação do *Remediar* havia uma demanda por medicamentos insatisfeita por parte dos pacientes, fato que os desencorajava a procurar atendimento médico, já que acreditavam que iriam receber um diagnóstico, mas não ter acesso ao respectivo tratamento. Essa realidade foi afetada positivamente diante da expansão do acesso aos medicamentos.

O espaço aberto para o controle social, por sua vez, garante o acompanhamento da gestão do programa (regularidade/qualidade dos serviços médicos prestados, entrega efetiva dos medicamentos presentes na lista do programa e gratuidade absoluta destes serviços) e o resguardo dos direitos previstos dos beneficiários (acesso a informações e participação efetiva nas decisões). Além disso, a opinião dos beneficiários é colocada como fonte importante de informações para aperfeiçoamento do programa (VASSALLO, 2008).

A determinação da prescrição dos medicamentos pelo nome genérico foi uma medida implementada em paralelo ao Programa *Remediar* pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma medida importante, mas que devido à especificidade de seu desenho, não logrou ter efeitos sustentados de longo prazo sobre o acesso aos medicamentos. Não se buscou estabelecer um segmento diferenciado para a comercialização dos genéricos, tal como foi realizado no Brasil, visando-se apenas impactar seu consumo a partir de uma esperada redução de preços. No entanto, essa redução foi temporária,

já que o setor privado apresenta resistência em seguir a nova determinação de prescrição do Ministério da Saúde e os laboratórios argentinos continuam tendo poder de fixar a marca dos produtos genéricos (MARTICH, 2013).

Mesmo com todos os avanços e diante das conquistas obtidas, é importante salientar algumas limitações importantes do Programa *Remediar*, sendo que uma delas pode ameaçar até mesmo sua sustentabilidade futura. Em primeiro lugar, a origem dos recursos, que advêm de empréstimos realizados junto a diversas agências e organismos internacionais, o que gera uma pressão crescente sobre as finanças públicas do país. Em segundo lugar, a baixa participação dos laboratórios públicos argentinos na oferta dos medicamentos, uma vez que empresas privadas nacionais e estrangeiras dominam os processos licitatórios. Os laboratórios públicos do país apresentam problemas de baixa qualidade técnica e debilidades financeiras e organizativas. Em terceiro lugar, o centralismo da rede de Atenção Primária de Saúde, pois, se por um lado, houve um salto no desenvolvimento deste segmento, por outro, suas limitações ainda existentes e significativas (baixo padrão organizativo, escassez de profissionais, falta de estrutura e de equipamentos) podem configurar obstáculos e dificultar a criação de sinergias necessárias para o pleno desenvolvimento do programa. Por último, tem-se a ausência de uma articulação clara e produtiva com outros programas sanitários e/ou de desenvolvimento social, o que poderia contribuir, inclusive, para a qualidade da atenção primária (VASSALLO, 2008).

Ressalta-se também que mesmo diante da evidente priorização dos pacientes de baixa renda e em situação de vulnerabilidade, muitas famílias pobres ainda recorrem ao mercado e ao desembolso direto para aquisição de medicamentos, mantendo o cenário de iniquidade no acesso aos medicamentos e nos gastos para sua aquisição. A tabela 02 evidencia essa realidade, ao descrever os percentuais de gastos com saúde e de gastos com itens específicos de saúde das famílias argentinas segundo os decis de renda. O percentual de gastos com saúde das famílias em relação aos gastos totais gira em torno de 5,6%. Metade desses gastos se refere a medicamentos, aparelhos e equipamentos de saúde (2,7%). No entanto, a análise por decil de renda revela que os gastos com medicamentos, aparelhos e equipamentos de saúde representam mais da metade dos gastos com saúde para as famílias dos decis de rendas menores. Enquanto que essa participação diminui na medida em que se caminha para os estratos mais ricos da população (decis

de rendas maiores), demonstrando o peso regressivo destes gastos para as famílias mais pobres. Em paralelo, as famílias de rendas mais elevadas despendem mais recursos com seguros de saúde, os quais, inclusive, podem assegurar uma parte do acesso aos medicamentos a essas famílias sem a necessidade do desembolso direto.

Desta forma, percebe-se que o Programa *Remediar*, apesar da importância e da magnitude que assumiu nos últimos anos na promoção da assistência farmacêutica, não logrou eliminar as iniquidades ainda persistentes no acesso a medicamentos no país.

Tabela 2 - Gastos familiares com saúde (% do total) por decil de renda líquida mensal per capita (2012-2013)

Finalidade do gasto	Decis										
	Total	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Saúde	5,6	3,9	4,1	4,7	5,4	4,5	4,8	6,5	5,9	7,1	6,6
Medicamentos, aparelhos e equipamentos de saúde	2,7	2,5	2,7	2,9	2,8	2,6	2,9	2,9	2,9	3,1	2,2
Serviços de saúde	1,5	1,1	0,9	1,3	1,8	1,1	1,0	1,8	1,4	1,6	2,0
Seguros de saúde	1,4	0,3	0,5	0,5	0,8	0,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,4
Outros	94,4	96,1	95,9	95,3	94,6	95,5	95,2	93,5	94,1	92,9	93,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de INDEC, Anuario Estadístico de la República Argentina (2013)

4 CONCLUSÕES

A análise dos sistemas de saúde e das Políticas de Medicamentos do Brasil e da Argentina revelou que ambos os países, partindo de contextos distintos, obtiveram importantes conquistas, mas ainda enfrentam grandes desafios na promoção da assistência farmacêutica e na garantia do acesso a medicamentos. O Brasil vem tentando consolidar um sistema de saúde público que se propõe ser universal, a partir do desenvolvimento do SUS. No entanto, as tensões provocadas pelo discurso internacional a favor do Estado mínimo e liberal e pelo avanço do setor privado na oferta de serviços de saúde favorecem um cenário de contradições, caracterizado por avanços e retrocessos.

Em meio a esta complexa realidade, diversas iniciativas com desenhos diferenciados têm sido desenvolvidas em busca da ampliação do acesso a

medicamentos. Além da garantia de oferta de medicamentos de atenção básica, de alto custo ou voltados para tratamentos de doenças específicas, destaca-se a política de genéricos do país a qual, ao contrário do que ocorreu na Argentina, buscou estruturar a oferta desses produtos, praticamente inexistente até então. Esta estruturação foi realizada a partir da regulamentação do mercado, do incentivo à produção e do controle de preços.

Mas mesmo contando com o SUS e diante das Políticas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica estruturadas nos últimos anos, o acesso a medicamentos ainda é limitado e desigual no país, exigindo esforços públicos importantes nesta direção. É preciso aperfeiçoar e ampliar as Políticas de Medicamentos. Mesmo as que já existem apresentam gargalos importantes que precisam ser sanados. A política de genéricos, apesar do notável sucesso, ainda é limitada na capacidade de influenciar o consumo de medicamentos. Tal fato é comprovado pela ainda pequena participação dos genéricos em nosso mercado, que não passa de 25%, enquanto nos países desenvolvidos esse percentual gira em torno de 60%. Outras políticas, como a Farmácia Popular, incorreram em equívocos ao incentivar o mercado, via subsídios, como fonte de oferta de medicamentos. Portanto, aperfeiçoar as iniciativas já existentes e desenvolver outras, indo de encontro ao avanço da lógica privada e do discurso liberal, é fundamental para que o país consiga reverter o quadro regressivo e injusto do consumo de medicamentos.

Já a Argentina convive com três sistemas de atenção à saúde e este cenário complexo é responsável pela segmentação do acesso da população argentina aos tratamentos com medicamentos. Um percentual de famílias conta com a cobertura das *Obras Sociales* ou recorre ao mercado para obter medicamentos via desembolso direto. E a maior parte da população permanece à mercê das iniciativas governamentais. No início dos anos 2000, no auge da crise social, econômica e política, o país, de forma emergencial, implementou o Programa *Remediar*, o qual busca garantir a oferta pública de medicamentos essenciais para uso ambulatorial em todo o país. O programa teve enorme impacto, principalmente sobre os serviços de atenção primária, com os quais está vinculado e estruturado. E, desde sua implementação, tem sido aperfeiçoado e ampliado, com a inclusão de novos medicamentos nos kits distribuídos à população. No entanto, além de problemas relacionados ao financiamento e à baixa adesão dos laboratórios públicos, nota-se que o programa não foi capaz de garantir a universalidade do acesso e nem de

eliminar a iniquidade dos gastos privados, já que boa parte das famílias de baixa renda continua comprometendo parcelas significativas de seus salários para a aquisição de medicamentos no mercado.

Em paralelo ao Programa *Remediar*, o governo argentino tentou difundir a utilização dos medicamentos genéricos, a partir da determinação da prescrição do princípio ativo nas receitas. Buscava-se com esta iniciativa a diminuição geral dos preços. No entanto, essa política não obteve o sucesso esperado. Há resistência tanto dos profissionais do setor privado em realizar as prescrições conforme as novas determinações, quanto dos laboratórios argentinos em abandonar suas respectivas marcas.

A realidade de ambos os países analisados demonstra, portanto, a necessidade de intensificar o papel do Estado e das políticas públicas na promoção do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos. O esforço que os dois Estados precisam realizar não é trivial, dada a especificidade do subdesenvolvimento e o cenário político internacional adverso.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. Assistência Farmacêutica: considerações sobre o tema e sobre os estudos de caso realizados. In: *Anais do Seminário: Efetividade das políticas de saúde – experiências bem-sucedidas na América Latina*. COSTA, V.L.; SILVA, P.L.; BIASOTO Jr., G. (orgs.). NEPP/UNICAMP, Campinas/SP, 2008(a).

BARROS, E. Estudo de caso: Programa nacional para medicamentos de dispensação em caráter excepcional no Brasil. In: *Anais do Seminário: Efetividade das políticas de saúde – experiências bem-sucedidas na América Latina*. COSTA, V.L.; SILVA, P.L.; BIASOTO Jr., G. (orgs.). NEPP/UNICAMP, Campinas/SP, 2008(b).

BERMUDEZ, J.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V.L. Assistência Farmacêutica. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

BRAGA, J. C.; SILVA, P. L. Introdução: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil.

RODRIGUES, C. L.; LACERDA, F. Sistemas de atenção à saúde e políticas de medicamentos...

In: *Brasil: radiografia da saúde*. NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (orgs.). IE/ UNICAMP, Campinas/SP, 2001.

BRASIL. *Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica: o desafio de prosseguir*. Série B. Textos básicos de saúde. Ministério da Saúde/ Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Brasília/DF, 2007.

CASAS, C. *O complexo industrial da saúde na área farmacêutica: uma discussão sobre inovação e acesso no Brasil*. Tese de Doutorado. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2009.

FALBO, L. *Estudio sobre el gasto en medicamentos em Argentina*. Buenos Aires, 2003.

FRENKEL, J. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. In: *Saúde e indústria farmacêutica em debate*. Ed. CUBZAC, São Paulo/SP, 2008.

HAYDEN, C. Sem patente não há genérico: acesso farmacêutico e políticas de cópia. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 10, nº 19, jan./jun., p.62-91, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO DE ARGENTINA – INDEC. Disponível em: <http://www.indec.mecon.ar/>.

LAGO, R. *A formação e o desenvolvimento da política pública de acesso a medicamentos no programa de aids brasileiro*. Tese de Doutorado. ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2008.

LE MOS, M.B. *Indústria farmacêutica, propriedade intelectual e acesso a medicamentos: dilemas e perspectivas*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, São Paulo/SP, 2008.

MARTICH, E. *A política de medicamentos genéricos e o mercado farmacêutico na Argentina e no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2013.

NORONHA, J.; LIMA, L.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

OLIVEIRA, E.; LABRA, M.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, 22 (11): 2379-2389, nov., 2006.

QUEIRÓZ, S.; GONZÁLES, A. Mudanças recentes na estrutura da indústria farmacêutica. In: *Brasil: radiografia da saúde*. NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (orgs.). IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2001.

QUENTAL, C.; ABREU, J.; BOMTEMPO, J.V.; GADELHA, C.A. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, 13 (sup.): 619-628, 2008.

RODRIGUES, C. L. *Políticas de saúde, desenvolvimento tecnológico e medicamentos: lições do caso brasileiro*. Dissertação de Mestrado. IE/UNICAMP, Campinas/SP, 2012.

VALENTIM, J. *Política de medicamentos genéricos: um estudo do caso brasileiro*. Dissertação de Mestrado. IE/UNICAMP. Campinas/SP, 2003.

VASSALLO, C. Estudo de caso: o Programa Remediar na Argentina. In: *Anais do Seminário: Efetividade das políticas de saúde – experiências bem-sucedidas na América Latina*. COSTA, V.L.; SILVA, P.L.; BIASOTO Jr., G. (orgs.). NEPP/UNICAMP, Campinas/SP, 2008.