

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**AVALIAÇÃO POLÍTICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

São Luís
2012

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**AVALIAÇÃO POLÍTICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Profª Drª Salviana de Maria Pastor Santos Sousa.

São Luís
2012

Aragão Junior, Gilvan Alves.

Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde / Gilvan Alves Aragão Junior. – 2012.

132f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Salviana de Maria Pastor Santos Sousa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2012.

1. Medicamentos – Política – Brasil. 2. Programa Farmácia Popular do Brasil. 3. Sistema de copagamento. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 304.4:614.27 (81)

GILVAN ALVES ARAGÃO JUNIOR

**AVALIAÇÃO POLÍTICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Salviana de Maria Pastor Santos Sousa (Orientadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Ilse Gomes Silva
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Valéria Ferreira Santos de Almada Lima
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

À minha avó Isaurina Alves da Silva,
que sofre com hipertensão e segue
com dificuldades para obter os
medicamentos que necessita porque
o Estado não garante seu direito à
saúde.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, quero agradecer à turma com a qual tive o privilégio de estudar neste programa, em especial a Graciane Santos, Jakeline Bógea, Elena Steinhorst, Cláudio Castro e Nara Soares, camaradas que me deram apoio e foram grandes amigos durante esses dois anos.

Aos trabalhadores que financiam a educação pública no Brasil. Por possibilitar minha formação e pelo sofrimento ao qual a população brasileira é submetida a cada dia, é obrigação de cada egresso da UFMA esforçar-se em prol da construção de uma sociedade justa e solidária.

À minha orientadora, Salviana Maria de Pastor Santos Sousa, pela paciência e respeito. Meu percurso no mestrado teria sido bem mais tortuoso sem sua compreensão nos momentos de dificuldades pelos quais passei.

Por fim, agradeço à minha família, em especial à minha avó, Isaurina Alves da Silva, por sua bondade e dedicação; ao meu pai, Gilvan Alves Aragão, que possui uma força que admiro e almejo; e à minha mãe, Maria de Fátima Oliveira Aragão, que tem a inabalável fé de que dias melhores estão por vir.

“Tu sabes, conheces melhor do que eu a velha história.
Na primeira noite eles se aproximam e roubam uma flor do nosso jardim.
E não dizemos nada.
Na segunda noite, já não se escondem: pisam as flores,
matam nosso cão, e não dizemos nada.
Até que um dia, o mais frágil deles entra sozinho em nossa casa, rouba-nos
a luz, e, conhecendo nosso medo, arranca-nos a voz da garganta.
E já não podemos dizer nada.”

Eduardo Alves da Costa

RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 com o objetivo de reduzir o abandono de tratamento provocado pelo impacto que a aquisição de medicamentos contra doenças crônicas ocasionava, em longo prazo, no orçamento de famílias que buscavam a obtenção desses remédios na rede privada. Em 2006, o programa foi expandido mediante a criação de um eixo chamado “Aqui Tem Farmácia Popular”, que permitia que farmácias privadas estabelecessem convênios com o Ministério da Saúde para a distribuição de medicamentos subsidiados com recursos desse programa. A grande questão em torno desse programa é o fato de que ele utiliza o sistema de copagamento em sua engenharia, o que significa que os usuários do programa devem despendar uma pequena quantia para obter o medicamento necessitado, o que resulta na bitributação do mesmo benefício social, visto que o cidadão financia a produção de medicamentos no momento em que paga impostos e realiza um segundo pagamento no momento da aquisição desses mesmos medicamentos. Este trabalho realiza uma avaliação política desse programa a partir dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, aos quais todos os serviços e ações de saúde do país devem estar submetidos. Para atingir esse objetivo optei pela realização de uma avaliação com abordagem qualitativa e uma metodologia denominada avaliação política da política (SILVA, 2008), na qual utilizo como técnicas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental para a coleta de informações que permitem o esclarecimento acerca das dimensões de avaliação delimitadas para este estudo, a saber: os determinantes que condicionaram a formulação da política, o referencial ético-político e os princípios de justiça social que o fundamentam, o modelo de intervenção do programa e suas estratégias de ação e, finalmente, suas fontes de recursos e seu modo de financiamento. Concluo com esta avaliação que o Programa Farmácia Popular do Brasil teve como principal determinante a política neoliberal que fomenta a redução da atuação do Estado através, dentre outras medidas, da criação de programas que realizem a gestão de serviços públicos em parceria com instituições privadas, impondo à população uma parte do financiamento dos serviços prestados. Além disso, o programa em pauta fere os três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde; não

possui respaldo legal para a realização de subvenções econômicas, sendo por isso ilegal; além do fato de que a Constituição Federal impede a destinação de recursos públicos a instituições privadas com fins lucrativos, o que é realizado pelo programa, donde se conclui que ele é também inconstitucional. Por fim, o Tribunal de Contas da União aponta que não há estudos que justifiquem a existência do programa, pois não existe comprovação de melhor relação custo-benefício dele em comparação com os programas que fornecem medicamentos de forma gratuita para a população brasileira.

Palavras-Chave: Programa Farmácia Popular do Brasil. Sistema Único de Saúde. Sistema de copagamento. Aqui Tem Farmácia Popular. Saúde Não Tem Preço.

ABSTRACT

The Popular Pharmacy of Brazil Program was created in 2004 with the purpose of reducing of treatment abandonment caused by the impact that the acquisition of medications for chronic diseases occasioned in the long run, the budget of families who sought to obtain these medicines in the network private. In the 2006, the program was expanded through the creation of an axis called “Has Popular Pharmacy Here”, which allowed private pharmacies establish agreements with the Ministry of Health for distribution of medications subsidized with resources of this program. The central issue about this program is the fact that it uses the system of copayment in its engineering, which means that users of the program must spend a small amount to get the medication needed, resulting in double taxation of the same social benefit, since the citizen finances the production of medications at the moment that pays taxes and makes a second payment at the moment of the acquisition of such medications. This work makes a political evaluation of this program from the principles established by the Unified Health System, to which all services and action of health of the country must be submitted. To reach this objective I opted for an evaluation with qualitative approach and a methodology called political evaluation of the policy (SILVA, 2008), in which I use as technical the bibliographical research and the

documentary research to collect information that allows the elucidation of the evaluative dimensions defined for this study, namely: the determinants that conditioned the formulation of the policy, ethical and political framework and the principles of social justice base that it, the model of intervention of the program and its strategies of action and, finally, its sources of resources and its way of financing. I conclude with this evaluation that the Popular Pharmacy of Brazil Program had as main determinative the neoliberal politics that foments the reduction of State action through, among other measures, the creation of programs that perform the management of public services in partnership with private institutions, imposing to the population a part of the financing of the given services. In addition, the program in question violates the three doctrinal principles of the Unified Health System, does not possess legal endorsement for the accomplishment of economic subventions, being therefore illegal, beyond the fact of that the Federal Constitution to hinder the destination of public resources for private institutions with lucrative ends, which is done by the program, of where it also concludes that it is unconstitutional. Finally, the Court of Accounts of the Union points that there are no studies to justify the existence of the program, because there is no evidence of better cost-effective compared it with the programs that provide medications free of charge for the Brazilian population.

Keywords: Popular Pharmacy of Brazil Program. Unified Health System. Copayment system. Has Popular Pharmacy Here. Health Has No Price.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões envolvidas em cada modalidade de avaliação.....	34
Quadro 2	Receita própria dos estados.....	76
Quadro 3	Receita própria dos municípios.....	77

LISTA DE SIGLAS

ABCFARMA.....	Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
Abifarma.....	Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
ABRAFARMA.....	Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias
ABRASCO.....	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS.....	Programa de Ações Integradas de Saúde
ALANAC.....	Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais
ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID.....	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BPC.....	Benefício de Prestação Continuada
CAP.....	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES.....	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME.....	Central de Medicamentos
CF/88.....	Constituição Federal de 1988
CNMAF.....	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNRS.....	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
COFINS.....	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASP.....	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS.....	Conferência Nacional de Saúde
CSLL.....	Contribuição sobre o Lucro Líquido

DAT.....	Dívida Ativa Tributária
DRU.....	Desvinculação de Recursos da União
EC.....	Emenda Constitucional
EM.....	Exposição de Motivos
FEBRAFAR.....	Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias
FEF.....	Fundo de Estabilização Fiscal
Fiocruz.....	Fundação Oswaldo Cruz
FMI.....	Fundo Monetário Internacional
FNS.....	Fundo Nacional de Saúde
FPE.....	Fundo de Participação dos Estados
FPM.....	Fundo de Participação dos Municípios
FSE.....	Fundo Social de Emergência
FAS.....	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FBH.....	Federação Brasileira de Hospitais
FNS.....	Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL.....	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP.....	Instituto de Aposentadoria e Pensão
ICMS.....	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS.....	Instituto Nacional de Previdência Social
INTERFARMA.....	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPI.....	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU.....	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

IPVA.....	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF.....	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS.....	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI.....	Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis
ITCMD.....	Imposto de Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação
ITR.....	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
LAFEPE.....	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MARE.....	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDB.....	Movimento Democrático Brasileiro
MP.....	Medida Provisória
MPF.....	Ministério Público Federal
MS.....	Ministério da Saúde
NOAS-SUS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB-SUS.....	Norma Operacional Básica para o Funcionamento do Sistema Único de Saúde
OMC.....	Organização Mundial do Comércio
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
OS.....	Organização Social
PCB.....	Partido Comunista Brasileiro
PFB.....	Programa Farmácia Básica
PFPB.....	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB.....	Produto Interno Bruto
PL.....	Projeto de Lei
PLC.....	Projeto de Lei da Câmara

PNAF.....	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM.....	Política Nacional de Medicamentos
PPA.....	Plano de Pronta Ação
PPP.....	Parceria Público-Privada
Prev-Saúde.....	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRÓ GENÉRICOS.....	Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos
PSF.....	Programa Saúde da Família
PT.....	Partido dos Trabalhadores
RENAME.....	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEPROG.....	Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
SINDUSFARMA.....	Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo
SUAS.....	Sistema Único de Assistência Social
SUDS.....	Programas de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCU.....	Tribunal de Contas da União
UNICAMP.....	Universidade Estadual de Campinas
USP.....	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. A SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA.....	36
1.1 O Estado de Bem-Estar Social.....	36
1.2 A Privatização da Saúde.....	42
1.3 A Indústria Farmacêutica.....	46
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	54
2.1 Antecedentes Históricos.....	54
2.2 O Movimento Sanitário.....	56
2.3 A Reforma Sanitária.....	60
2.4 Princípios e Diretrizes do SUS.....	66
2.5 O Financiamento do SUS.....	70
3. O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.....	80
3.1 A Política de Assistência Farmacêutica no Brasil.....	80
3.2 Avaliação Política do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXOS.....	118

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste em uma pesquisa avaliativa que almeja julgar o Programa Farmácia Popular do Brasil relacionando-o com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e demais legislações. Seus resultados estão aqui expostos em forma de dissertação do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

A escolha do programa supracitado como tema deste trabalho teve três motivações básicas: a primeira é que ele se relaciona diretamente com minha área de formação (graduação no curso de farmácia); a segunda é que ele ainda não foi estudado de modo exaustivo, tendo em vista sua implantação recente (2004); a terceira motivação é que esse programa levantou uma polêmica na época de sua implantação pelo fato de se destinar, inicialmente, a clientes de farmácias privadas, o que levantou questões acerca da utilização de recursos pelo programa, que foi planejado de modo que não representasse prejuízo ao abastecimento de medicamentos na rede pública nacional do Sistema Único de Saúde; por fim, acredito que estudar o Programa Farmácia Popular do Brasil pode ajudar na compreensão da sociedade brasileira acerca das funções que o medicamento desempenha atualmente, principalmente no que diz respeito ao símbolo de saúde em que ele se tornou, acarretando vários problemas para a saúde pública no que concerne ao uso racional de medicamentos. Entendo que esses elementos agregados possibilitarão a elaboração de material com caráter atual e elucidativo acerca do programa em pauta.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi criado na tentativa de evitar a alta incidência de abandono de tratamento por parte da população brasileira que recorre à rede privada para obter medicamentos, mas sofre com o impacto financeiro no orçamento familiar causado por essa aquisição. Dessa forma, o Governo Federal deu início ao programa em abril de 2004 com a Lei Nº 10.858/04, que seria regulamentada, mais tarde, pelo Decreto Nº 5.090/04, visando oferecer medicamentos considerados essenciais a baixo custo para aumentar o acesso da população a eles, o que reduziria os

gastos do SUS com a diminuição de internações decorrentes do agravo de doenças agudas e do abandono de tratamento em casos de doenças crônicas (BRASIL, 2004a). Esse decreto afirma que o programa considera a necessidade de universalização do acesso a medicamentos, porém, há de se considerar que o padrão de políticas sociais estabelecido no Brasil não foi pautado no princípio da universalização, mas pela diferenciação de trabalhadores em relação aos benefícios que tinham acesso, ou seja, as políticas sociais funcionaram, inicialmente, como mecanismo de preservação das desigualdades do mercado, e os benefícios concedidos à classe trabalhadora funcionavam como privilégios e não como direitos universais de cidadania (BRASIL, 2004c; FLEURY, 2006, p. 21-24). Esse quadro somente seria transformado após a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), principalmente no que diz respeito ao direito à saúde, que enfim passaria a ter a universalidade como um de seus princípios. A relação desse princípio com o programa em pauta será abordada no decorrer deste trabalho.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) funciona através de um eixo de ação chamado de “Rede Própria”, que é composto por farmácias populares, ou seja, unidades próprias implantadas pelo Ministério da Saúde (MS) que são geridas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e possuem estrutura definida para dispensação e atendimento individualizado, inclusive com orientação farmacêutica. Essas unidades também podem ser implantadas mediante parceria do MS com estados e municípios, sendo geridas, nesse caso, por esses entes. Na Rede Própria, estão disponíveis medicamentos que combatem doenças que foram definidas como de maior incidência na população brasileira mediante critérios epidemiológicos, tais como hipertensão, diabetes, úlcera, infecções, verminoses, etc. Esses medicamentos são produzidos e disponibilizados pela Fiocruz mediante ressarcimento (BRASIL, 2004a). Além desse eixo de ação, foi criado em março de 2006, pela Portaria Nº 491/06, o sistema de copagamento do programa, mais conhecido como “Aqui Tem Farmácia Popular”, que expandiu o programa para as farmácias privadas, que disponibilizam medicamentos pagos em parte pelo Governo Federal e em outra pelo cidadão. Copagamento é definido por Vianna *et al.* (1998, p. 109) como “o mecanismo de recuperação de custos adotado por

muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços, quando destes fizer uso”. Nesse eixo a relação de convênio é estabelecida diretamente entre a farmácia e o Ministério da Saúde, sob a forma de contrato, regido pela Lei N° 8.666/93 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a). Importante destacar que no início do ano de 2011 o Governo Federal lançou a campanha “Saúde Não Tem Preço” através da Portaria N° 184/11, que disponibiliza gratuitamente medicamentos contra hipertensão e diabetes tanto nas unidades próprias quanto nas farmácias conveniadas no eixo Aqui Tem Farmácia Popular (BRASIL, 2011a).

Cabe ressaltar que o PFPB traz a proposta de realizar não apenas a dispensação de medicamentos, mas também a realização de atenção farmacêutica, que consiste no acompanhamento de cada paciente por um farmacêutico para orientar sobre cuidados com a saúde, uso correto de medicamentos, efeitos adversos, armazenamento dos medicamentos, além de outras ações educativas, que também são feitas com mostra de vídeos e distribuição de panfletos contendo informações gerais sobre prevenção de doenças. Para isso, as unidades próprias possuem uma estrutura específica que possibilita o desempenho dessas atividades, na tentativa de resgatar o papel da farmácia como estabelecimento de promoção de saúde.

As reflexões presentes neste trabalho estão relacionadas a diversas áreas do conhecimento e foram desenvolvidas com base em alguns conceitos que as sustentam. Esses conceitos, aqui elencados como categorias teóricas, são as políticas públicas de saúde, a saúde como direito social e o medicamento enquanto mercadoria. Faz-se necessário, portanto, uma delimitação destas categorias para que fique clara a linha teórica que guiou este estudo. Inicialmente é preciso esclarecer o que se entende por políticas públicas, pois o PFPB é um dentre tantos outros exemplos dessa forma de intervenção estatal. Um conceito introdutório que pode ser exposto diz que toda política pública é uma forma de intervenção do Estado orientada por interesses sociais e concretizada por recursos públicos produzidos socialmente (SILVA, 2001, p. 37-39). Em verdade há uma diversidade de produções sobre o tema, o que impossibilita um consenso acerca da questão. Não obstante, pode-se seguir uma linha conceitual, e outra delimitação que segue a anterior traduz as

políticas públicas como um fluxo de decisões políticas que almeja manter um equilíbrio social, sendo que estas decisões são condicionadas por diversos fatores, tais como ideias, valores, visões e posições que os atores dessas políticas ocupam na nossa sociedade (SARAVIA, 2006, p. 28). Segundo Silva (2008, p. 90), toda política pública é

[...] um mecanismo de mudança social, orientado para promover o bem-estar de segmentos sociais, principalmente os mais destituídos, devendo ser também um mecanismo de distribuição de renda e de equidade social, vista como um mecanismo social que contém contradições.

Portanto, as políticas públicas partem de um estado de coisas que se pretende mudar. Mas qual seria então o objetivo primeiro de uma política pública? A primeira coisa a se fazer para responder essa questão é esclarecer que cada uma tem um ou mais objetivos específicos, não obstante, de um modo geral, pode-se afirmar que uma política pública, como o próprio nome diz, destina-se a utilizar os recursos públicos de maneira a trazer melhorias para a população, objetivando com isso efetivar direitos como a democracia, justiça social e a felicidade das pessoas (SARAVIA, 2006, p. 29).

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, é preciso, inicialmente, fazer referência à realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão em 1978. Esse evento, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um marco para várias reformas dos sistemas de saúde de muitos países a partir da década de 1980, baseadas na Declaração de Alma-Ata¹. Essa declaração elencou dez diretrizes que, de modo geral, apontam para a importância do fortalecimento do que chamamos hoje de atenção básica em saúde e difundem a concepção da saúde como um bem universal (ELIAS, 2001, p. 60).

No Brasil, a Reforma Sanitária (que será tratada adiante) foi responsável por elevar a saúde à condição de direito universal através da implantação do Sistema Único de Saúde. Porém, o contexto mundial da época era marcado pela implementação do neoliberalismo, o que dificultou a

¹ Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15/03/2012.

execução de políticas públicas de saúde baseadas em um modelo universalizante. Dessa forma, mesmo depois de instituído o SUS, o projeto de saúde no qual se desenvolveram as políticas públicas de saúde no Brasil foi hegemonicamente neoliberal, apesar da existência de outro projeto, antagônico a esse último, que possuía fundamentação constitucional (CAMPOS, 1992, p. 41-43).

Os serviços de saúde são atualmente executados conforme seu nível de complexidade. O nível primário de atenção à saúde reúne unidades básicas de saúde como postos de saúde e centros de saúde, e incluem a dispensação de medicamentos essenciais. O Programa Farmácia Popular do Brasil está incluso como parte da atenção primária em saúde. O nível secundário é representado por estabelecimentos com maior nível tecnológico e qualificação dos recursos humanos, como os hospitais; por fim, o nível terciário corresponde a atendimentos de alta complexidade, realizados em hospitais especializados e que, geralmente, são referências estaduais em relação ao tipo de serviços que prestam. Entretanto, muitas vezes, essa forma de funcionamento dos serviços não é facilmente observada na realidade, por isso, muitas políticas não podem ser apenas “encaixadas” em um determinado nível de complexidade (ELIAS, 2001, p. 66-67).

Outra dificuldade conceitual em relação a essa categoria está presente na concepção de que o serviço público pressupõe a existência de mecanismos de controle pela sociedade, promovendo a participação popular. Todavia, isso pouco acontece, o que significa que muitas políticas de saúde caracterizadas como públicas, na realidade, são políticas apenas estatais ou governamentais (ELIAS, 2001, p. 75). Mais polêmica ainda é a questão do envolvimento do setor público de saúde com o setor privado, enfatizando a inadequação da utilização do termo ‘público’.

De fato, a privatização acentuada é uma das principais características das políticas públicas de saúde atualmente, com grande parte dos serviços de saúde prestados pelo Estado sendo produzidos pelo setor privado. Outras características dessas políticas que estão em conflito com aquilo que determina o SUS são as seguintes: centralização, pois os estados e municípios não participam efetivamente da definição das diretrizes para as

políticas públicas de saúde, limitando-se a implementar os programas elaborados pelo Governo Federal; distanciamento da real necessidade da população, visto que a infra-estrutura de serviços falha no que tange à integração e hierarquização das ações de saúde; divisão de trabalho entre os setores público e privado, ficando a cargo do primeiro as ações coletivas e do último os atendimentos individuais; e discriminação, porque continua a seletividade de serviços baseada na vinculação à Previdência Social, que oferece maior gama de serviços a seus filiados, o que acarreta, inclusive, em menor aporte de recursos investidos pelo Estado na saúde, pois a Previdência Social arca com as despesas de parte significativa dos atendimentos (COHN, 2001, p. 42-44).

A saúde, tal como as políticas públicas, é compreendida de diversas maneiras dependendo do foco sobre o qual se desenvolve o estudo. Neste trabalho, ela é considerada como um direito fundamental conquistado mediante a luta de movimentos sociais, que são grupos da sociedade que tem sua identificação na luta por direitos (individuais ou coletivos) e se expressam em ações coletivas, que têm em seu eixo norteador uma luta sociopolítica, econômica ou cultural (GOHN, 2008, p. 14). Portanto, a saúde se constitui como um direito social. Os direitos sociais são aqueles que oferecem condições para que os indivíduos (considerados coletivamente) possam desenvolver suas potencialidades e gozar de seus demais direitos (CESARINO JÚNIOR, 1980, p. 34-46). Todo direito é social, entretanto, os direitos sociais possuem essa nomenclatura porque são destinados, na prática, à classe trabalhadora, ou seja, eles são os mais sociais de todos os direitos e sua origem remonta ao nascimento da indústria e do proletariado, que, mediante a luta de classes, passa a conquistar esses direitos, que servem para proteger essa classe. Portanto, os direitos sociais são direitos de classe orientados pela proteção à classe trabalhadora. A Constituição Federal elenca como direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, e eles devem ser garantidos pelo Estado a todos os brasileiros (BRASIL, 2009b). Entretanto, atualmente esses direitos se limitam a um mínimo de benefícios sociais que possibilitam a reprodução da força de

trabalho necessária ao capitalismo. Não obstante esse fato, esses direitos não são indispensáveis à reprodução do capitalismo, pois como ocorreu aqui mesmo no Brasil, os direitos sociais não foram implantados com o objetivo central de reprodução da força de trabalho, mas como instrumento para que o regime ditatorial obtivesse aceitação popular no intuito de que isso levasse a uma legitimação do golpe de 64 (SAES, 2003, p. 19-25). Esse trabalho tem como foco a saúde enquanto direito social, o que requisita uma maior atenção a seu percurso, visto que esse direito só viria a ser legitimado depois de sancionada a Constituição Federal de 1988.

A cultura interfere diretamente na concepção de saúde de uma comunidade, o que resultou em inúmeras modificações de sua definição ao longo dos anos. Atualmente, se aceita a conceituação da saúde dada pela Organização Mundial de Saúde em sua Carta Magna de 1948, que a delimita como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções ou enfermidades. Essa definição bastante sintética traduz de maneira muito clara a tentativa de superação de uma saúde considerada apenas como ausência de doenças que fundamentou muitas políticas públicas ao redor do mundo durante muitos anos, inclusive no Brasil. Baseado nessa concepção de saúde é que o Movimento Sanitário defendeu a ampliação do conceito de saúde para que esta englobasse o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, o que veio a ocorrer com promulgação da CF/88, que incluía as propostas provenientes da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), elaboradas durante todo o processo da Reforma Sanitária. Interessante notar que antes dessa efetivação da saúde como direito inalienável dos indivíduos, baseado em sua própria condição humana, nenhum texto constitucional havia feito referência explícita à saúde como fator integrante do interesse público, ou mesmo a qualquer outro direito social (DALLARI, 1995, p. 20-23). Este direito deve ser garantido pelo Estado, que, como afirma a Lei N° 8.080/90, tem que prover as condições necessárias ao pleno exercício do direito à saúde; além disso, esta mesma lei elenca diversos fatores condicionantes para que se possa considerar um indivíduo como saudável, dentre eles: ter um emprego, educação, renda, um lugar para morar, transporte, lazer, etc. (BRASIL, 1990a). Diante do exposto, cabe o questionamento se, de fato, cada brasileiro tem

possibilidade de exercer seu direito à saúde? Sem dúvida existem muitos entraves que não nos dão permissão para afirmar que esse direito fundamental legitimado pela CF/88 é garantido na prática pelo Estado.

Na tentativa de ser efetivo em relação ao disposto nas leis o Ministério da Saúde emite normas operacionais básicas do SUS (NOB-SUS), para orientar a gestão nos municípios. Em uma dessas publicações, realizada em 1996, esse ministério definiu que a atenção à saúde deve compreender três campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor de saúde. O primeiro diz respeito ao atendimento direto ao indivíduo ou coletivo, como assistência ambulatorial e hospitalar, além de domiciliar quando for o caso; o campo das intervenções ambientais abrange as condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho da população, inclui saneamento básico, controle de vetores de doenças e normalização e fiscalização dessas condições; por fim, as políticas externas se referem a tudo que possa interferir na relação saúde/doença de uma população que são previstas na CF/88, como habitação, educação, lazer, qualidade de alimentos, etc. Dessa forma, pode-se observar o caráter integral com que a saúde vem sendo abordada mediante orientações detalhadas sobre a prática dos gestores e trabalhadores de saúde no Brasil para que se possa atingir o preceito de uma saúde universal, equânime e integral (BRASIL, 1997a, p. 7). Entretanto, assim como as leis, essas normas esbarram em grandes obstáculos que freiam o avanço do SUS e a garantia do direito à saúde. Um desses obstáculos é a desigualdade social no Brasil, visto que as conseqüências da doença recaem principalmente sobre aqueles que possuem menor poder aquisitivo. A baixa renda ocasiona dificuldade na obtenção de alimentos, condições adversas de moradia, impossibilidade de aquisição de alguns medicamentos, transporte deficiente, dentre várias outras situações que expõem essas pessoas a um elenco de patologias às quais não estariam expostas caso pudessem adotar algumas medidas básicas de saúde (COHN *et al.*, 2010, p. 159). Outro grande óbice para a efetivação desse direito é a privatização da saúde no país. Menos de 20% da população tem acesso aos serviços privados, o que leva a uma reflexão sobre a insuficiência de investimento na saúde pública, à qual se destinam os outros 80% da população e que, ainda hoje, tem grande parte de

seus recursos vindos da previdência social, enquanto a União disponibiliza menos de 4% de seu orçamento para a saúde². Visando a efetivação do SUS e a garantia de direito à saúde para toda a população é imprescindível que esse investimento seja ampliado (CAMPOS, 2006, p. 166-167).

Para se repensar o direito à saúde é necessário, primeiramente, destacar que o direito positivo não dá conta das desigualdades sociais do Brasil e tampouco das representações sociais sobre os serviços de saúde, não apenas no que se refere à qualidade, mas também no que tange a acesso e disponibilidade (COHN *et al.*, 2010, p. 25). Outra questão importante é o envolvimento dos profissionais de saúde, além dos usuários, para reivindicar a criação de mecanismos de gestão que possam superar a burocracia estatal, desenvolvendo uma consciência fraterna e libertária que questione o autoritarismo neoliberal (CAMPOS, 2006, p. 175). Mudar a concepção de direito à saúde requer mudar a relação do próprio Estado com a sociedade brasileira, mudar, em suma, as relações de poder no país. Logo, a construção da saúde como direito envolve muitos setores e atores, o saber popular e o científico, os movimentos sociais e o Estado (COHN *et al.*, 2010, p. 25-26).

Finalmente, é imprescindível que seja tecida breve explanação sobre o medicamento, instrumento este que é definido por lei como “todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (BRASIL, 1973). Entretanto, a letra da lei não revela todas as funções que o medicamento exerce no emaranhado social, principalmente quando o contexto considerado é uma sociedade capitalista como a brasileira. Nesse sentido, Lefèvre (1991, p. 18) afirma que o medicamento não é apenas um agente quimioterápico, que cura, controla e previne, mas também uma mercadoria, que aliena e domina, e ainda um símbolo que materializa o abstrato conceito de saúde. Inseridos em um contexto onde tudo é transformado em mercadoria, os pacientes passam a ser tomados como consumidores e o produto que eles consomem é a saúde que é representada pelo medicamento (não apenas por ele), que, por conseqüência, passa a ser visto como símbolo de saúde (LEFÈVRE, 1991, p. 19-22).

² Folha Online. Disponível em: <http://www.divida-auditoriacidada.org.br/config/artigo.2011-12-21.1595011869/document_view>. Acesso em: 03/02/2012.

Para melhor compreender a função que o medicamento desempenha enquanto mercadoria é necessário esclarecer a definição de mercadoria e qual o papel que ela desempenha. A mercadoria é um objeto externo que satisfaz necessidades humanas, como tal, podemos reconhecer que um medicamento satisfaz uma necessidade causada por uma afecção ou a necessidade de se evitar uma afecção. Toda mercadoria deve possuir uma utilidade, a que Marx (1989, p. 42) chamou de valor-de-uso, que se realiza no consumo da mercadoria e faz dela o elemento básico da acumulação de riqueza. Quando existem mercadorias diferentes destinadas à satisfação de diferentes necessidades, elas são comparadas e ranqueadas através da sua maior ou menor utilidade, em uma relação chamada de valor-de-troca, que é uma relação quantitativa que serve para mensurar o valor das mercadorias. Além disso, elas possuem um valor, que é determinado pela quantidade de trabalho empreendido por determinado tempo para que a mercadoria tivesse uma utilidade (MARX, 1989, p. 42-48). Resumindo, para que um objeto seja considerado uma mercadoria, ele deve ser fruto do trabalho humano (valor), ter uma utilidade (valor-de-uso) e ser passível de permuta (valor-de-troca).

Se o medicamento desempenha três funções na nossa sociedade, certamente é sua função como mercadoria que mais se destaca atualmente, mas seria possível que ele fosse concebido de forma diferente em uma sociedade capitalista? Não restam dúvidas que o medicamento possui utilidade, valor-de-troca e valor, ou seja, ele preenche todos os pré-requisitos para ser classificado como mercadoria, por outro lado, ao longo dos anos sua função como agente quimioterápico foi banalizada, como podemos observar no uso irracional de medicamentos, na automedicação, nas intoxicações, entre outros exemplos que nos levam a repensar o modo como são utilizados estes instrumentos, que serviam, primeiramente, à proteção e recuperação da saúde.

Essa banalização é fruto de um processo de deturpação de sua função, que, por sua vez, é resultado de uma deturpação ainda mais ampla, a saber, a mercantilização da saúde. Este processo, que será aprofundado no decorrer deste trabalho, representa a coisificação da saúde, onde ela foi lentamente perdendo sua característica de condição humana e foi se tornando uma necessidade a ser buscada mediante acesso a serviços e aquisição de

bens de consumo. O ponto de partida dessa busca é uma condição de enfermidade, a qual todos passam a estar sujeitos, logo os indivíduos não mais adoecem, pode-se dizer que 'são' doentes e devem ininterruptamente buscar a saúde e mantê-la a qualquer custo, caso um dia consigam alcançá-la (LEVÉFRE, 1991, p. 21). Entretanto, essa transformação da saúde não foi um processo aleatório, pois havia em sua base o apoio de várias empresas, principalmente indústrias farmacêuticas, que têm como seu principal produto o bem de consumo que seria transformado no símbolo perfeito para representar a saúde que agora era tão cobiçada: o medicamento. Este passa a ser, segundo Lefèvre (1991, p. 23), a

[...] possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível de materializar, representar, numa pílula ou em algumas gotas, este valor/desejo, sob a forma de prevenção, remissão, triunfo definitivo (na cura) e reproduzido no dia a dia (no controle), sobre o cortejo de males do corpo e da alma que afetam o homem [...].

Dessa forma, o medicamento passa a tornar concreto o que não é palpável, ou seja, mediante a aquisição de um determinado medicamento (seja ele um xarope, um comprimido ou uma pomada), qualquer indivíduo pode facilmente adquirir toda a saúde que está nele representada, desde que para isso pague um determinado valor. Agora a saúde pode ser comercializada, pois foi transformada em mercadoria e disponibilizada, em um objeto externo, a quem puder pagar por ela. Portanto, o medicamento foi superestimado enquanto mercadoria principalmente pelo fato de que a própria saúde foi mercantilizada e, em consequência dela ter encontrado no medicamento um símbolo ideal, este sofreu os efeitos da mercantilização da saúde de modo mais contundente. O medicamento sempre foi um bem adquirível no mercado, porém, apenas após a mercantilização da saúde é que ele passa a ser concebido como uma mercadoria tal qualquer outra; mesmo cumprindo os requisitos que definem qualquer mercadoria, ele ainda conservava sua função social relacionada à saúde, não que esta tenha deixado de existir atualmente, mas seu enfraquecimento é notório. Dessa forma, a supervalorização do medicamento enquanto mercadoria contradiz a concepção de saúde como

direito social, fazendo-se necessária tanto a ruptura da simbolização que o medicamento faz da saúde, quanto da própria mercantilização da saúde.

Há de ser considerado também que o consumo de medicamentos vem sendo estimulado através de um grande investimento das empresas do setor farmacêutico em propagandas através dos meios de comunicação de massa (televisão, jornal, rádio, etc.), que funcionam como instrumento de classe, ou seja, difundem e reforçam a ideologia da classe dominante, incluso aí quais produtos devem ser consumidos, quando e em que quantidade. Os valores e doutrinas proliferados por essas propagandas compõem uma superestrutura que dá continuidade ao processo de acumulação capitalista. Portanto, as propagandas de medicamentos nos meios de comunicação de massa, não apenas ampliam o mercado, mas também cumprem o papel de reproduzir a ordem social vigente, além de ocultar os reais determinantes do adoecimento das classes dominadas (TEMPORÃO, 1986, p. 141-142).

Posto isso, questiona-se o papel do Estado em relação ao direito fundamental à saúde. Um direito não é uma mercadoria, portanto a saúde não deveria ser comercializada e uma forma de superar essa contradição é romper com a simbolização da saúde no medicamento, mas sem desvincular este último da saúde como um todo, ou seja, ele deve ser compreendido como um instrumento que faz parte da noção ampliada de saúde, uma parte de um direito da população. Além disso, o medicamento deve perder seu valor-de-troca, deve ser disponibilizado pelo Estado àqueles que dele necessitem para recuperação de sua saúde. Por esse caminho é possível que ele deixe de ser concebido como uma mercadoria, não obstante, isso é algo bastante improvável na atual conjuntura da saúde no país.

Além de avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil é imprescindível partir dele para problematizar a Política de Assistência Farmacêutica do Governo Federal como um todo. Existem diversos estabelecimentos de saúde que promovem dispensação de medicamento sem custo para a população como unidades mistas, postos de saúde e hospitais. Estes estabelecimentos compõem o SUS, que é financiado pela população mediante o pagamento de impostos que devem ser revertidos em benefícios

para a população, como preconiza a Constituição Federal. Esta (BRASIL, 2009b) afirma que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A distribuição de medicamentos é um dos deveres do Governo Federal, expressamente previsto no artigo 6º (inciso I, alínea d) da Lei Nº 8.080/90, tendo em vista que eles contribuem para a promoção e recuperação da saúde, porém o PFPB fornece medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde que ainda devem ser pagos em parte pela população, o que levanta a discussão acerca da bitributação exercida pela população, ou seja, ela paga duas vezes por um mesmo medicamento, a primeira parcela no momento do pagamento dos impostos e a segunda no momento da aquisição do medicamento nas unidades que fazem parte do programa. Questiona-se, mediante esta contradição, se os valores utilizados na manutenção do PFPB não deveriam ser utilizados para o fortalecimento do SUS e conseqüente aumento do acesso universal a medicamentos nos estabelecimentos básicos de saúde, visto que grande parcela da população continua sem poder aquisitivo para comprá-los, mesmo com seu valor reduzido pelo programa.

A campanha Saúde Não Tem Preço reforça esse questionamento pelo fato de que os medicamentos que são disponibilizados gratuitamente para os usuários do programa são comprados pelo Ministério da Saúde (desde que não ultrapassem o valor de referência por ele estabelecido), o que fortalece a participação da iniciativa privada nos serviços de saúde do país, visto que os laboratórios que fornecem os medicamentos para estas farmácias não são os laboratórios oficiais (públicos), mas laboratórios privados.

Baseado nas exposições anteriores as seguintes questões orientam esta pesquisa: Por que os recursos destinados ao PFPB não são utilizados para aumentar o estoque de medicamentos nas unidades básicas do SUS, fortalecendo a saúde pública, visto que a iniciativa privada tem grande participação nesse programa? O PFPB não confronta diretamente os princípios doutrinários do SUS?

Diante de tudo que foi exposto anteriormente, este trabalho tem como objetivo geral realizar uma avaliação política do Programa Farmácia Popular do Brasil no que diz respeito à sua relação com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e os princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, os questionamentos levantados anteriormente exigem tratamento mais detalhado, o que resulta no traçado de objetivos específicos que possam responder a tais questões. São eles: avaliar a opção feita pelo Estado em implantar o PFPB em vez de destinar mais recursos às unidades de fornecimento gratuito de medicamentos do SUS; investigar a relação do PFPB com a iniciativa privada, na figura dos laboratórios que fornecem os medicamentos e das farmácias conveniadas que os dispensam; analisar o referencial ético-político que fundamenta o programa e os princípios de justiça social em que ele se baseia; e avaliar se o programa está em acordo com a CF/88, tendo em vista a cobrança efetuada para a dispensação de medicamentos que são financiados por recursos públicos.

Instrumento fundamental para a tomada de decisão acerca da formulação ou reformulação de políticas públicas, a avaliação é uma forma de pesquisa social definida como um processo sistemático, planejado e racional destinado a identificar, obter e fornecer dados confiáveis e informações relevantes sobre os componentes de uma política pública ou de um programa, servindo de base para o conhecimento do seu curso de ação, possibilitando a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso destes. Para subsidiar essa tomada de decisão, a avaliação deve oferecer de modo explícito elementos para a revisão ou substituição de uma política, sendo relevante, portanto, não apenas para os seus formuladores, mas também para todos os setores sociais envolvidos ou atingidos. Sua importância para as políticas públicas pode ser explicitada em seu papel essencial enquanto ferramenta de aperfeiçoamento do Estado em busca de maior eficiência e eficácia em suas ações frente às demandas da população (BELLONI *et al.*, 2003, p. 14-15).

Segundo Arretche (2007, p. 29), avaliação envolve julgamento e atribuição de valor, uma medida de aprovação ou desaprovação, portanto não existe qualquer possibilidade de que a avaliação de uma política pública ou um

programa social seja apenas instrumental, técnica ou neutra. Acerca desta questão, Silva (2008, p. 112) afirma que

Em termos da concepção, etimologicamente, o termo avaliação significa atribuir valor, esforço de apreciar efeitos reais, determinando o que é bom, ruim, positivo, negativo. Trata-se necessariamente de um julgamento valorativo; portanto, não é um ato neutro nem exterior às relações de poder, mas é um ato eminentemente político que integra o contexto de um programa público, exigindo esforço de objetivação, de independência e ações interdisciplinares.

O rigor técnico e metodológico oferece suporte a esse julgamento e, relacionado aos princípios conceituais que norteiam a pesquisa, garantem consistência e legitimidade a essa valoração. Por essa razão, é essencial o uso de instrumentos de avaliação adequados para que opções pessoais não sejam confundidas com os resultados da pesquisa (ARRETCHE, 2007, p. 30).

Entretanto, a avaliação ainda é muito lembrada, mas pouco praticada e, quando realizada, não é suficientemente divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões (SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 87). Ainda assim, ela continua sendo etapa essencial no processo de planejamento, sendo definida por Figueiredo e Tanaka (1996, p. 100) como um

[...] processo dinâmico por meio do qual se pode *medir* (com o auxílio de instrumentos e técnicas específicas) e comparar entre si fatos, situações, realidades, estratégias, procedimentos e serviços, de modo a, com base na escolha prévia de um dado enfoque, poder emitir um juízo de valor que sirva para nortear determinada tomada de decisão.

Dessa forma, essa proposta de investigação corresponde à função política da pesquisa avaliativa, que se caracteriza por oferecer informações aos diferentes sujeitos sociais beneficiários das políticas, fornecendo a eles instrumentos para as suas lutas e para o controle social das políticas públicas. Além disso, a pesquisa avaliativa possui outras duas funções: a função técnica, que consiste em fornecer subsídios para a correção de desvios no decorrer do processo de implementação de um programa, podendo contribuir inclusive para o redimensionamento de suas ações; e a função acadêmica, que representa sua contribuição para a produção de conhecimento (SILVA, 2008, p. 114). Quanto a esse ponto a própria lei que regulamenta o SUS deixa claro que os

serviços de saúde pública constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas elaboradas junto com o sistema educacional (BRASIL, 1990a).

Portanto, deve-se focar a avaliação como parte de um processo que é imprescindível para aperfeiçoar a utilização de recursos públicos, por vezes escassos, pelos programas sociais através do fornecimento de dados que possam orientar as intervenções ou aprimoramento destes programas (FARIA, 2005, p. 97). Ademais, é fundamental compreender a avaliação como instrumento de controle social, uma ferramenta a mais na busca da população pela efetivação de seus direitos e possibilidade de participação direta ou indireta nas políticas públicas do país. Para que isso seja consolidado, cabe ressaltar a importância de tornar público os resultados da avaliação para os beneficiários e para a sociedade de modo geral, almejando que as informações obtidas sejam utilizadas em todo o seu potencial (SILVA, 2001, p. 71).

Existem dois tipos básicos de abordagem que o pesquisador pode utilizar para a realização da pesquisa, a abordagem quantitativa, que utiliza dados mensuráveis e preconiza a generalização dos resultados da investigação; e a abordagem qualitativa, que utiliza dados que não podem ser mensurados e compreende o conhecimento como dinâmico e relativo, adaptando-se ao contexto da pesquisa. No entanto, estas abordagens podem ser combinadas caso a pesquisa assim exija (SILVA, 2008, p. 141). Neste trabalho, optei por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa, tendo em vista que os dados não são mensuráveis e que tal abordagem permitirá a utilização das informações coletadas em toda sua potencialidade. Acerca da pesquisa qualitativa, Chizzoti (2003, p. 221) afirma que

[...] recobre, hoje, um campo transdisciplinar, envolvendo as ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise, derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo, e adotando multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, e enfim, procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a ele.

Ainda sobre a abordagem qualitativa é importante salientar que se trata de um processo de análise da realidade que exige a utilização de métodos

e técnicas para compreender o objeto de estudo (OLIVEIRA, 2007, p. 37-39). As técnicas de pesquisa escolhidas para a realização desta investigação foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A primeira é uma metodologia de coleta de dados que analisa materiais do domínio científico, como livros, artigos, enciclopédias, teses, entre outros, e tem como finalidade mediar o contato entre o pesquisador e o arcabouço científico existente sobre o seu tema de estudo. Cabe citar que esta técnica utiliza fontes secundárias de dados, ou seja, ela recorre a informações que já foram trabalhadas por outros pesquisadores. Por sua vez, a pesquisa documental, como o próprio nome deixa claro, utiliza os documentos como fonte de dados, sendo considerados documentos quaisquer “artefatos padronizados na medida em que ocorrem tipicamente em determinados formatos” (WOLFF, 2004, p. 284 *apud* FLICK, 2009, p. 231), desde que não tenham recebido nenhum tratamento científico, como jornais, relatórios, documentos legais (leis, decretos, portarias), revistas, etc. (OLIVEIRA, 2007, p. 69-70; SEVERINO, 2007, p. 122-123). Não apenas documentos impressos podem ser eleitos, mas também fotos, filmes, gravações, entre outros; entretanto, neste trabalho, foram utilizados apenas documentos impressos. Diferente da pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental utiliza fontes de dados primárias, que se caracterizam por documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, sendo esta a principal diferença entre essas duas técnicas tão semelhantes (OLIVEIRA, 2007, p. 69-70). Dentre os documentos que foram utilizados para a realização desta pesquisa podem ser citados os seguintes: a Constituição Federal de 1988, publicações oficiais (leis, decretos, resoluções, normas operacionais, portarias, etc.) sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, o relatório final da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de 2005 e outras publicações relacionadas ao tema.

O tipo de avaliação escolhida para esta pesquisa é chamada de avaliação política da política e consiste em analisar a razão que fez com que uma política fosse escolhida em detrimento de outra, levando em consideração os princípios que a fundamentam. Dentre esses princípios podem ser destacados a igualdade, a democracia e a cidadania, sempre os relacionando à concepção de bem-estar humano, ou seja, essa avaliação procura desvendar a

compatibilidade do produto de uma determinada política pública com o princípio de justiça social em que ela se baseia, detendo-se no exame substantivo da política. Esse modelo de avaliação abarca duas modalidades: a avaliação política da política propriamente dita e a avaliação da engenharia do programa. A primeira tem como foco os fundamentos políticos, econômicos e culturais que culminaram na formulação do programa e almeja identificar e analisar, dentre outras questões, os princípios de justiça social que orientaram a transformação da questão política em um programa. Dessa forma, as dimensões estudadas neste trabalho referentes a essa modalidade são: a identificação e análise do referencial ético-político e dos princípios de justiça social (explícitos ou implícitos) que fundamentaram o programa, identificando possível privilégio da acomodação social ou promoção da equidade social; e a identificação e análise dos determinantes de ordem política, econômica e sociocultural que condicionaram a formulação do programa. Por sua vez, a avaliação da engenharia do programa analisa a coerência do plano em relação aos objetivos que o programa pretende alcançar, ou seja, pretende compreender a adequação dos mecanismos institucionais e dos componentes internos do programa em relação à sua proposta. Nesta modalidade da avaliação política, as dimensões consideradas no presente estudo são: a avaliação do modelo de intervenção do programa, seus fundamentos valorativos e conceituais, estratégias de ação, métodos, técnicas e procedimentos que pretende utilizar, verificando sua pertinência e coerência interna entre seus componentes; e suas fontes de recursos e modo de financiamento (SILVA, 2008, p. 148-150). Baseado na diferença entre essas duas modalidades o quadro a seguir esclarece quais são as dimensões que cada uma delas irá contemplar no presente estudo e qual sua relação com os objetivos específicos aqui propostos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	MODALIDADE AVALIATIVA	DIMENSÃO ENVOLVIDA
Avaliar a opção feita pelo Estado em implantar o PFPB em vez de destinar mais recursos às unidades de fornecimento gratuito de medicamentos do SUS.	Avaliação política da política propriamente dita.	Determinantes de ordem econômica, política e sociocultural que condicionaram a formulação da política.
Analisar o referencial ético-político que fundamenta o PFPB e os princípios de justiça social em que ele se baseia.	Avaliação política da política propriamente dita.	Referencial ético-político e princípios de justiça, identificando a manutenção da acomodação social ou a promoção de equidade social.
Avaliar se o PFPB está em acordo com a CF/88, tendo em vista a cobrança efetuada para a dispensação de medicamentos que são financiados por recursos públicos.	Avaliação da engenharia do programa.	Modelo de intervenção do programa, seus fundamentos valorativos e conceituais, estratégias de ação que pretende utilizar, verificado sua pertinência.
Investigar a relação do PFPB com a iniciativa privada, na figura dos laboratórios que fornecem medicamentos e das farmácias conveniadas que os dispensam.	Avaliação da engenharia do programa.	Modo de financiamento e fontes de recursos do programa.

Quadro 1: Dimensões envolvidas em cada modalidade de avaliação (SILVA, 2008, p. 149-150).

A estruturação deste trabalho comporta a introdução, que foi feita anteriormente com o objetivo de situar o leitor acerca do objeto de estudo, dos objetivos e das categorias teóricas trabalhadas nesta pesquisa, além dos capítulos dispostos a seguir que desenvolvem a pesquisa em si. O primeiro capítulo, intitulado “A Saúde no Contexto Capitalista” traz um resgate histórico do Estado de Bem-Estar no Brasil, cenário no qual se desenvolveram as políticas sociais, em especial a política de saúde, além de descrever de forma aprofundada o processo de privatização da saúde e a participação da indústria farmacêutica no seu decurso.

O segundo capítulo intitulado “O Sistema Único de Saúde” discorre sobre todo o processo de formulação, implantação e o momento atual do SUS, ou seja, traça o percurso que começa com a crise dos serviços de saúde na década de 1960, passa pela articulação do Movimento Sanitário até chegar à Reforma Sanitária em si e a efetivação do SUS enquanto sistema de saúde brasileiro. Além disso, o capítulo fala de forma detalhada sobre os princípios e diretrizes do SUS, visto que me baseio neles para avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil, e ainda sobre o financiamento do SUS, de modo a compreender a questão das fontes de recursos do programa e sua relação com o abastecimento das unidades públicas de saúde do SUS, que dispensam medicamentos gratuitamente.

O terceiro capítulo intitulado “O Programa Farmácia Popular do Brasil” começa com uma retomada da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil, para depois avaliar os determinantes, a engenharia e os princípios que servem de base para o programa em pauta. Dá prosseguimento a este capítulo uma análise do PFPB a partir do que determina a Constituição Federal e o julgamento dele, o que é feito tendo como alicerces as aproximações e distanciamentos que ele apresenta em relação ao Sistema Único de Saúde.

Por fim, nas considerações finais, retomo algumas questões de maior relevância tanto em relação ao programa em si, como no que concerne ao contexto no qual ele vem sendo implementado.

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA

A conjuntura em que o PFPB foi implantado é diferente daquela em que ocorreu a expansão do sistema de proteção social de vários países. A concepção de saúde que serve de base para esse programa foi construída durante esse período. A seguir, faço um resgate do contexto e do processo de transformação pelo qual passou a saúde, o que é essencial para a compreensão da consolidação desse processo, o que ocorre atualmente.

1.1 O Estado de Bem-Estar Social

A década de 1920 representou um período de grande avanço para o liberalismo, com crescente concentração de renda, restabelecimento da capacidade produtiva da Europa após a Primeira Grande Guerra e grande crescimento da economia americana, que ainda se baseava nos princípios de não-intervenção, livre circulação de capitais e auto-regulação do mercado. Esse quadro, como é sabido, culminou na crise de 1929, que mudou a configuração do capitalismo e o papel dos Estados Nacionais na economia. A Grande Depressão, que se seguiu à quebra das bolsas, criou um quadro de miséria e aumento do exército de mão-de-obra, o que exigia transformações que possibilitassem a continuidade do capitalismo, que era ameaçado pelos questionamentos em relação à sua viabilidade enquanto sistema político-econômico mundial. Essas transformações basearam-se principalmente na proposta de John Maynard Keynes, que preconizava, entre outras medidas, a redução da concentração de renda, o pleno emprego, o estabelecimento de salário mínimo, e, principalmente, maior intervenção do Estado na economia. Após a Segunda Grande Guerra, o capitalismo se desenvolve em um modelo conhecido como Estado de Bem-Estar (Welfare State), que fora alicerçado nos princípios keynesianos (HONORATO, 2008, p. 23-26).

Essa forma de organização político-econômica teve seu embrião no período entre guerras, pois esses incidentes, bem como a depressão ocasionada pelo primeiro, criaram um sentimento de solidariedade que permitiu a aceitação dos programas de proteção social, que se confrontavam

diretamente com princípios de individualismo e competição defendidos pelo capitalismo liberal (ARRETCHE, 1995, p. 8-12). De modo geral, o Estado de Bem-Estar é caracterizado pela proteção que o Estado confere a seus cidadãos no que diz respeito a condições básicas de vida, como saúde, educação, habitação, alimentação, etc., mediante o oferecimento de serviços ou renda à população, garantindo um padrão social mínimo independente da classe do indivíduo (SILVA, 2007, p. 56).

Faz-se importante ressaltar que este padrão mínimo a ser garantido através de mínimos sociais é produto das sociedades divididas em classes (escravagista, feudal, capitalista), sendo sustentado anteriormente em concepções diferentes. Inicialmente, essa provisão era ínfima, limitando-se a itens como roupas e alimentos, e destinava-se a pessoas em situação de pobreza absoluta com o objetivo de manter vivas as forças laborais, logo, não havia preceitos éticos ou inspirados em um ideário de cidadania (PEREIRA, 2008, p. 15-16). No século XX, embasado em uma concepção de justiça social e princípios como liberdade e igualdade, esses mínimos sociais passam a perder seu caráter meramente biológico e individual e evoluem para uma noção de necessidades sociais, que seriam aquelas que, quando não adequadamente satisfeitas, podem causar sérios prejuízos à vida material dos homens e à sua atuação enquanto sujeitos (DOYAL e GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2008, p. 67). A satisfação dessas necessidades, já fundamentadas na doutrina keynesiana, incluía, segundo Pereira (2008, p. 112-113)

[...] políticas de manutenção de renda – geralmente sob a forma de uma rede de segurança impeditiva do resvala de cidadãos social e economicamente vulneráveis para baixo de uma linha de pobreza legitimada pela sociedade –, [além de] outros mecanismos adicionais de proteção social, como: serviços sociais universais (saúde e educação, por exemplo), proteção ao trabalho (em apoio ao pleno emprego) e garantia do direito ao acesso a esses bens e serviços e ao seu usufruto.

A industrialização teve importância vital para a origem do Estado de Bem-Estar. Esse processo, que foi iniciado com a Revolução Industrial, causou forte impacto na sociedade, trazendo problemas e possibilidades que influenciaram diretamente a necessidade dos Estados em garantir padrões mínimos de renda, saúde, educação, nutrição e habitação para que os

trabalhadores pudessem colocar em prática sua capacidade produtiva. Esses gastos estatais eram, portanto, uma exigência para que houvesse crescimento econômico e produção de riqueza para um país. Um exemplo disso é a mudança de concepção em relação ao trabalho infantil, que era comum antes da industrialização e passa a ser contestado depois dela, com o intuito que as crianças tivessem uma educação especializada para o trabalho nas indústrias, o que revela um dos pilares sobre os quais foi erguido o direito social à educação (WILENSKY e LEBEAUX, 1965, p. 12 e 71 *apud* ARRETCHE, 1995, p. 6-7). Além disso, a divisão social do trabalho, promovida pela industrialização, cria condições de subemprego, aumento do número de desempregados e a aposentadoria, ou seja, amplia o leque de situações em que os indivíduos irão recorrer ao Estado para garantir sua sobrevivência (TITMUSS, 1963, p. 430 *apud* ARRETCHE, 1995, p. 10).

Outra questão relevante é que o Estado de Bem-Estar serviu à expansão do capital monopolista, que necessitava da intervenção estatal para se expandir. Os gastos exigidos para que as empresas aumentassem a acumulação de capital, tanto no que tange ao aumento de produção, como em relação à diminuição dos gastos para a reprodução da força de trabalho, representavam custos muito elevados, o que fez com que elas recorressem ao Estado para que esse investimento fosse feito em forma de capital social. Dessa maneira, os valores eram obtidos por meio da cobrança de impostos efetuada pelo Estado, o que socializou os gastos que deveriam ser feitos para que as empresas privadas pudessem aumentar sua produção, algo que passa a ser comum sob a égide do Estado intervencionista (O'CONNOR, 1977, p. 40-44 *apud* ARRETCHE, 1995, p. 13-14). Dessa forma, a ampliação de serviços públicos preconizada pelo Estado de Bem-Estar não deve ser compreendida apenas como uma proteção social à população, visto que um dos objetivos do Estado de Bem-Estar era que ele funcionasse como um mecanismo para manutenção e expansão do capitalismo. Quanto a esse ponto Oliveira (1998, p. 37) afirma que “o desenvolvimento do Welfare State [Estado de Bem-Estar] é justamente a revolução nas condições de distribuição e consumo, do lado da força de trabalho, e das condições de circulação, do lado do capital”. Isso significa que o modo de distribuição e circulação de capital nos moldes do

capitalismo liberal não era mais suficiente aos países que se encontravam em um estágio avançado de acumulação capitalista, sendo necessário, portanto, uma alteração profunda desses processos, o que foi feito com o advento do “capitalismo social”.

No Brasil, as políticas sociais de caráter conservador adotadas no governo de Getúlio Vargas na década de 1930, como a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, são o ponto de partida daquilo que seria o Estado de Bem-Estar Social no país. Além disso, durante esse período, que se estende até 1945, houve ainda outro grande avanço para a proteção social brasileira: a regulamentação da legislação trabalhista efetuada em 1943. No intervalo entre o fim da Era Vargas e o golpe de 64, o Brasil passa por um breve suspiro de democracia com a República Nova. Entretanto, não houve grandes avanços na área social, tendo o Estado se limitado a dar continuidade às políticas sociais implantadas no período anterior, promovendo relativa expansão nos campos da saúde, educação e assistência social. Com a ditadura militar, o Estado Social no Brasil alcança sua consolidação, o que reforça a função de legitimação que as políticas sociais tiveram no país, visto que seus maiores avanços ocorreram durante regimes autoritários. Ademais, pode-se observar o caráter não-linear do desenvolvimento do Welfare State no Brasil, visto que ele apresentou progressos e retrocessos durante sua existência. Merece ressalva, no período que vai desde 64 até a década de 1970, a centralização do aparelho estatal, a definição das estratégias de intervenção e a identificação das fontes de recursos para apoiar financeiramente as políticas sociais, padrão que se manteve até o início da década de 1980 e representou a efetivação da existência de um Estado de Bem-Estar no Brasil³ (DRAIBE, 1993, p. 19-21). No setor da saúde, as principais realizações foram a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) em 1971, tendo, este último, incluído os trabalhadores rurais no sistema previdenciário.

³ Majoritariamente, os autores que tratam do tema afirmam que a expansão do sistema de proteção social no Brasil não chegou a estruturar um Estado de Bem-Estar tal qual ocorreu nos países de capitalismo avançado. Não obstante, adoto neste trabalho a concepção de que houve de fato um Estado de Bem-Estar Social no Brasil, conforme exposto por Draibe (1993).

Após o fim do regime militar, os movimentos sociais alcançaram uma realização que foi determinante para a mudança de rumos no que diz respeito à proteção social no país: a Constituição Federal de 1988. Esta foi baseada em princípios como igualdade, cidadania e democracia e defendeu uma posição estatal de proteção que incluía um grande elenco de direitos sociais. Destaca-se aqui o rompimento com a lógica de seguro social, que fora substituída pela concepção de seguridade social, o que permitiu a regulamentação de direitos previdenciários, trabalhistas, assistenciais e sanitários, além de possibilitar a universalização destes últimos (BRASIL, 2008, p. 2). Desde então a seguridade social no Brasil passa a ser compreendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2009b). Esse conjunto de ações representou a legitimação da desigualdade social, pois o público-alvo dessa política é constituído principalmente por pessoas de baixa renda. Como salienta Silva (2007, p. 32), a seguridade social

[...] refere-se à proteção social ao cidadão em face do risco, da desvantagem, da dificuldade, da vulnerabilidade, da limitação temporária ou permanente e de determinados acontecimentos previsíveis ou fortuitos nas várias fases da vida. Uma responsabilidade do conjunto da sociedade, na esfera do interesse público.

Dessa forma, pode-se concluir que o Estado brasileiro assumiu a desigualdade social existente no país e com a qual ele próprio contribui. Cabe ressaltar que, mesmo baseada em princípios como equidade, liberdade e justiça social, a CF/88 ainda trata os direitos sociais em uma concepção de mínimos, diferente da noção mais ampla de necessidades sociais defendida por Pereira (2008). Uma prova desse fato é que a Lei Orgânica de Assistência Social (Lei Nº 8.742/93) ainda fora pautada na concepção de mínimos sociais, mesmo tendo sido publicada cinco anos após a promulgação da CF/88. Essa legislação instaurou o benefício de prestação continuada (BPC), que era a provisão de um salário mínimo para idosos e portadores de deficiências, constituindo-se em um benefício exemplar no que se refere à questão dos mínimos sociais no Brasil (BRASIL, 2009a; PEREIRA, 2008, p. 15).

A década de 1970 marca um ponto de inflexão para o Estado de Bem-Estar Social no mundo. Iniciava-se uma crise do capital, baseada no esgotamento dos mercados internos de alguns países centrais, agravamento do desemprego, alta de preços de matérias-primas, queda de volume do comércio mundial, diminuição da taxa média de lucros das empresas, desvalorização do dólar e no aumento da inflação (MANDEL, 1990, p. 39 *apud* BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 116; SILVA, 2003, p. 53).

A ação intervencionista do Estado passa a ser questionada porque, apesar de ter servido de suporte a algumas empresas, ela proporcionava uma expansão do setor público, o que acarretava a diminuição da acumulação privada por restringir o fluxo de capital (MACPHERSON, 1991, p. 93 *apud* SOUSA, 2000, p. 41-42). Portanto, a crise foi anunciada pelos neoconservadores como uma perturbação ao sistema capitalista, provocada pela expansão do sistema de proteção social, o que seria a causa da crise fiscal. Dessa forma, houve uma negação do caráter constitutivo que a crise possui em relação ao capitalismo (SILVA, 2003, p. 54-55).

Esse quadro deu oportunidade para críticas ao Estado Social por parte dos conservadores liberais, afirmando que o Estado de Bem-Estar era oneroso e extenso, sendo, por isso, o principal responsável pela crise econômica. Ademais, houve também o combate ao referencial ético-político dessa forma de Estado, que, segundo os liberais, feria a ética do trabalho, criando situações de favorecimento, o que igualava artificialmente indivíduos desiguais no que concerne às oportunidades oferecidas pelo mercado mediante políticas de redistribuição, o que comprometia a livre competição (DRAIBE, 1989 *apud* SOUSA, 2000, p. 43).

Diante disso, as ideias neoconservadoras, que requisitavam o retorno à centralidade do mercado e diminuição de gastos com políticas sociais, deram abertura ao desenvolvimento do neoliberalismo, o que acarretou a redução da proteção social proporcionada pelo Estado em diversos países do mundo e o dismantelamento de uma gama de estruturas que sustentavam as políticas públicas nessas nações através das privatizações (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 126; SOUSA, 2000, p. 44).

1.2 A Privatização da Saúde

“A saúde é um produto à venda no mercado, da mesma forma que o transporte individual, da mesma forma que o abrigo, da mesma forma que o lazer”. Talvez a afirmação de Lefèvre (1991, p. 35) possa parecer impactante em um primeiro momento, mas certamente ela é bem menos incisiva do que a própria realidade da saúde no país. Este autor discorre sobre a condição da saúde atualmente, mediante o fato de que seu sentido tem sido intrinsecamente relacionado à doença, ao seu negativo. Cabe ressaltar que antes da implantação do SUS, a saúde era concebida no Brasil meramente como ausência de doença, o que tornava esta última o ponto de partida dos indivíduos no que diz respeito à busca de bem estar. Dessa forma, se o princípio é um estado patológico, abre-se uma lacuna para que sejam obtidos produtos que permitam ao indivíduo abandonar este estado negativo, e ele fará isso através do consumo de mercadorias, sejam sessões de terapia, de fisioterapia, um alimento considerado mais saudável ou “simplesmente” um medicamento. Essencialmente, pode-se pontuar que a mercantilização da saúde é um processo que a transforma em uma coisa (LEFÈVRE, 1991, p. 35-38). Essa coisificação da saúde segue o mesmo caminho da transformação de objetos abstratos em coisas, fenômeno que Marx denominou de reificação, que é uma forma de alienação característica do modo de produção capitalista e consiste em separar uma determinada condição (neste caso a saúde) de suas relações sociais, reduzindo-a a um simples objeto, que pode ser qualquer coisa (RUBIN, 1980, p. 35-37). Na maioria das vezes esse objeto é uma mercadoria.

Como dito na introdução deste estudo, a saúde só veio a ser concebida como direito social no Brasil após a CF/88 e ainda assim ela prossegue carregando a significação que possuía antes disso, ou seja, a de uma mercadoria, o que foi possibilitado por sua associação perversa com a doença. Seria presunçoso afirmar categoricamente o motivo que impediu que essa significação fosse superada após a afirmação da saúde como direito, visto que o presente trabalho não focaliza a investigação da transmutação da saúde em mercadoria. Entretanto, urge afirmar que o processo de privatização da saúde, que foi possibilitado por essa transmutação, teve contribuição

significativa para sua sedimentação. Esse processo começa com a publicação do Decreto-lei Nº 4.682/23 (Lei Eloy Chaves), que marca a criação da primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), que era um seguro social financiado pelos trabalhadores e organizado por empresas privadas, sendo originalmente destinada aos ferroviários. Esse fato inaugura a participação oficial do setor privado no sistema de saúde brasileiro, que estava sob a responsabilidade da previdência social naquela época. Essas instituições se expandiram rapidamente para outras categorias de trabalhadores e tinham objetivos meramente assistenciais, o que deu origem à dicotomia entre o modelo curativo e o modelo preventivo de saúde, apesar do fato de que este último só seria atingido décadas depois. Os recursos das CAP's tinham origem tripartite (contribuição compulsória de empregados, empregadores e da União), entretanto, o Estado tinha pouca participação no gerenciamento dessas entidades. O mecanismo que merece destaque em relação às CAP's é o credenciamento médico, mediante o qual ocorria a compra de serviços médicos do setor privado que seriam oferecidos aos contribuintes (COHN *et al.*, 2010, p. 14-15). Portanto, o ano de 1923 marca o início da privatização da saúde brasileira.

Dessa forma, tem início uma complexa relação entre o setor público e o setor privado na saúde, pois o Estado financiava uma parte dos serviços que eram oferecidos pelas empresas privadas. Aqueles que não estavam formalmente empregados não tinham direito a assistência médica individual e seu acesso à saúde restringia-se a ações coletivas desenvolvidas por entidades filantrópicas como, por exemplo, as casas de misericórdia. Conclui-se daí que a saúde individual era essencialmente privada, apesar de parcialmente financiada pelo Estado (BUSS, 1995, p. 75). Portanto, a saúde no país nasce sob a batuta da previdência social e alicerçada em uma diretriz excludente na qual apenas tem acesso aos serviços aqueles que estão inseridos no mercado formal de trabalho e contribuem compulsoriamente, algo muito distante da concepção de saúde como direito de todos os cidadãos.

Na década de 1930 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que eram autarquias gerenciadas pelo Estado que consolidaram o modelo de seguro social multiplicando-o por diversos setores

(bancários, comerciários, industriários, etc.). Da mesma forma que os CAP's, estes institutos eram financiados pelos trabalhadores e pelo Estado, e prestavam serviços privados comprados pela previdência social (BUSS, 1995, p. 75; COHN *et al.*, 2010, p. 15-16). CAP's e IAP's foram dois momentos da evolução da relação entre o setor público e privado na saúde brasileira, tendo, inclusive, coexistido por algum tempo. Enquanto um abriu às portas para a iniciativa privada, o outro consolidou o papel central que ela teve e ainda tem na saúde do Brasil.

Com a expansão da industrialização do país na década de 1950, a assistência médica da previdência social passou por um segundo momento de grande expansão, tendo em vista o crescimento, nos centros urbanos, de uma classe trabalhadora que precisava estar saudável para utilizar toda sua capacidade produtiva. Logo o modelo de saúde médico-assistencial privatista atingiria seu ápice, o que ocorreu sob a égide de um Estado centralizador e regulador, imposto pelo golpe militar de 1964, que expulsou os trabalhadores do controle da previdência social e consolidou uma aliança entre a tecnoburocracia previdenciária e o setor médico-empresarial da saúde. Os IAP's são então substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social em 1966, o que promove uma uniformização dos benefícios da previdência social, fazendo deste instituto um dos mais poderosos do país (BUSS, 1995, p. 66-76). A despeito da proposta de racionalidade, regulação e controle desse novo sistema estatal baseado no modelo médico-assistencial, a demanda da população ainda não era atendida, o que permitiu um crescimento desordenado do setor privado, que se beneficiou das lacunas deixadas pelo Estado, estabelecendo uma relação público/privado de grande interpenetração que ainda hoje dificulta os avanços em relação à estatização dos serviços de saúde (BUSS e LABRA, 1995, p. 24).

Outro marco importante para a compreensão da relação entre esses setores na saúde é a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) em 1974, que ampliou a contratação do setor privado para execução de serviços de saúde sob a responsabilidade da previdência social; além dessa medida, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) com o objetivo de construir estabelecimentos de saúde, tendo em vista a insuficiência da rede

existente para suprir a demanda da população economicamente ativa, que aumentava em decorrência do crescimento econômico (BUSS, 1995, p. 77). Pode-se perceber que a participação da previdência social nos serviços de saúde foi determinante para o quadro que vislumbramos atualmente, tanto pela opção de comprar serviços privados mediante credenciamento, ou seja, serviços remunerados pelo critério de atos médicos prestados; quanto por fazê-lo mediante convênio, ou seja, serviços remunerados pelo critério do custo histórico do conjunto de atos médicos que configura os procedimentos médicos (COHN, 2002, p. 232). Esses eventos, associados a uma diminuição do orçamento da União disponibilizado para esse setor no final de década de 1970, resultaram em uma cristalização da presença do setor privado na prestação de serviços de saúde no Brasil. Nas palavras de Cohn *et al.* (2010, p. 16-17):

Mais do que se cristalizar, esse setor floresce e se capitaliza às custas da intervenção estatal não na área propriamente da saúde mas da previdência social. Em contraposição, a rede pública de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não-prioridade no interior das políticas de saúde, e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país.

É relevante observar que desde 1967 o Brasil passava por um processo de reforma administrativa de seus aparelhos governamentais, o que acarretou maior especialização de cada órgão, centralização e concentração dos recursos institucionais. Entretanto, no final da década de 1970, os pequenos avanços promovidos por esse modelo já não eram capazes de mascarar as enormes contradições do sistema de saúde brasileiro. A prática curativa não alterou os níveis de morbidade e mortalidade, além de custar muito ao erário; a reforma administrativa não sanou a demanda por organização e planejamento da rede prestadora de serviços, que continuava a acionar os hospitais privados; e a fragmentação das políticas de saúde entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde causava superposições, descoordenações e ausência de controle das ações de saúde, reduzindo a eficiência das ações governamentais (FLEURY, 2006, p. 28).

Portanto, o Movimento Sanitário encontrou um cenário em que havia um explícito favorecimento do setor privado pela política previdenciária,

hospitais privados construídos em parte com financiamento federal do FAS e uma clientela cativa do setor privado conveniada ou credenciada pelo INPS e posteriormente pelo INAMPS. Essa privatização resultou na priorização do lucro e na capitalização nos investimentos do setor, o que por sua vez teve como conseqüências a dicotomia entre saúde preventiva (pública) e curativa (privada) e a mercantilização da saúde (COHN *et al.*, 2010, p. 17-18).

Todo esse processo traz ainda hoje grandes dificuldades para que o SUS possa se consolidar enquanto um sistema verdadeiramente público. Não obstante a luta do Movimento Sanitário para que fosse superada toda a estrutura privada sobre a qual estavam assentadas as ações e os serviços de saúde do Brasil nas décadas anteriores, a Lei N^o 8.080/90 deixa bem claro que a iniciativa privada possui muita força dentro desse sistema, pois em seu artigo 4^o, parágrafo 2^o, está exposto de forma taxativa que ela pode participar de modo complementar ao SUS, o que foi motivo de diversas críticas, tendo em vista que a proposta era que a iniciativa privada apenas pudesse participar de modo suplementar, ou seja, quando o setor público não tivesse condições de atender à demanda de determinados serviços (GALLO, 2006, p. 115-116). A questão torna-se ainda mais complexa quando nos questionamos se de fato podemos considerar como complementar um setor que tem relação tão íntima com o setor público de saúde. O setor privado tem grande participação na saúde brasileira, em especial nos serviços credenciados e conveniados, como exposto acima, mas também no que tange ao setor de produção de medicamentos, sob responsabilidade da indústria farmacêutica, que será tratada a seguir.

1.3 A Indústria Farmacêutica

Da forma como nós a conhecemos, a indústria farmacêutica é uma atividade recente, sendo seu primeiro produto o ácido acetilsalicílico, descoberto por Bayer em 1897. Até o início do século XX, a produção de produtos farmacêuticos era feita de maneira artesanal e em baixa escala. A ocasional descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928 e a

utilização deste medicamento em escala mundial alguns anos depois, durante a Segunda Grande Guerra, fomentou o aumento de esforços no que diz respeito à pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos (PINHEIRO, 1999, p. 165; ROBBINS, 2004, p. 35).

O tradicional funcionamento dessa indústria ocorre mediante a venda de seus produtos para diversos consumidores, como atacadistas, farmácias, redes de drogarias, hospitais e órgãos públicos. Não obstante a gama de destinos, o mercado atacadista tem sido o principal meio de escoamento dos medicamentos produzidos pelas grandes indústrias nos últimos anos (ROBBINS, 2004, p. 35).

Em verdade, a indústria farmacêutica mundial é um oligopólio. Suas principais empresas são multinacionais que competem principalmente no que diz respeito a classes terapêuticas, ou seja, a empresa lidera não o mercado todo, mas a parte que comporta os medicamentos destinados ao combate de um determinado tipo de patologia. Seu principal modo de obtenção de lucros é o monopólio temporário da fórmula farmacêutica que a empresa desenvolveu, por meio da obtenção de patente (GADELHA *et al.*, 2009, p. 37). Quanto a essa questão Giovanni (1980 *apud* PINHEIRO, 1999, p. 165) diz que

O crescimento entra em um círculo vicioso: pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, monopólio, lucro extraordinário, pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, etc. Tal movimento desembocaria naturalmente numa concentração econômica e na oligopolização do mercado.

As patentes são os direitos de exclusividade concedidos pelos Estados Nacionais à empresa que produziu o medicamento. Elas fazem parte de um acordo comercial regido pela Organização Mundial do Comércio (OMC) chamado Acordo dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC), mais conhecido como TRIPS⁴ – sua sigla em inglês –, e todos os países membros dessa organização devem respeitá-lo por meio da criação de leis nacionais. O TRIPS foi fundamental para o aumento dos lucros das indústrias farmacêuticas porque ele garantiu o direito de patente para medicamentos e alimentos, o que era proibido em muitos países antes desse

⁴ Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights.

acordo, inclusive no Brasil. Atualmente, a Lei Nº 9.279/96 consolida tal acordo e garante o direito de patente às indústrias farmacêuticas no nosso país. Dessa forma, os direitos sobre a fórmula de um determinado medicamento são exclusivos da empresa que o desenvolveu até um prazo máximo de 20 anos, após o qual, outros laboratórios podem utilizar aquela fórmula para desenvolver medicamentos similares⁵. O argumento utilizado pelos laboratórios para justificar um prazo tão longo de monopólio sobre um produto é que os custos com pesquisa e desenvolvimento de um medicamento são muito altos e, normalmente, o pedido de patente é muito anterior ao lançamento do medicamento no mercado, visto que logo que um composto químico indique a possibilidade de ação farmacológica, a requisição da patente é formulada, o que acarreta em uma diminuição significativa de número de anos que a empresa irá se beneficiar do monopólio desse produto, pois ele ainda irá demorar alguns anos para ser testado e finalizado (GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 14-15; ROBBINS, 2004, p. 37). Entretanto, pesquisas apontam que o maior gasto das empresas farmacêuticas não é com pesquisa, mas com marketing. Em primeiro lugar, há de se considerar que não existe transparência em relação aos gastos das empresas, o que impede uma conclusão exata acerca do valor investido em pesquisas. Em segundo lugar, não é difícil deduzir que as empresas não gastam tudo que dizem gastar em pesquisa, visto que quanto maior o suposto investimento em desenvolvimento de medicamentos maior a força política que essas empresas adquirem para sustentar seus direitos de patentes. Um exemplo que fortalece essa dedução é o resultado de uma pesquisa⁶ que revela que a empresa farmacêutica Pfizer gastou 39,2% de seu faturamento anual em 1999 com marketing e administração, e apenas 17,1% do mesmo montante com pesquisa e desenvolvimento de medicamentos

⁵ O medicamento similar é tecnicamente definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca (Lei Nº 9.787/99).

⁶ Disponível em: <<http://www.cptech.org/ip/health/econ/allocation.html>>. Acesso em: 07/11/2011.

(GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 30-33). Mas o que isso significa na prática? Que é mais importante investir em marketing do que no desenvolvimento de novos e melhores medicamentos? Granjeiro *et al.* (2006, p. 30) perguntam se “é correto que uma empresa seja detentora do poder de comercializar com exclusividade sementes ou uma droga⁷ essencial para preservar vidas?” Acredito que a resposta a esse questionamento tenha sido dada por eles próprios quando dizem (2006, p. 30) que “o modelo de patentes imposto pelo Acordo TRIPS tem garantido os interesses comerciais do inventor, mas não está contribuindo com o bem-estar e a evolução da Humanidade”.

Como dito anteriormente o setor farmacêutico se caracteriza por um pequeno número de empresas multinacionais dominando a maioria do mercado. Apesar de estas empresas atuarem em diversos países, elas estão vinculadas originalmente a nações específicas (capital social majoritário) que concentram a maior parte da produção de medicamentos do mundo. O Brasil está entre os maiores produtores de medicamentos, sendo superado apenas por Japão, Alemanha, França e Estados Unidos, que é o maior produtor mundial. Em geral, nos chamados países desenvolvidos, são realizadas todas as etapas do processo de produção de um medicamento, desde as pesquisas até a distribuição do produto final, enquanto os países ditos em desenvolvimento, caso do Brasil, possuem apenas a tecnologia necessária para as etapas finais de produção (BRASIL, 2000a, p. 27; GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 25).

Cabe ressaltar que na década de 1930 o Brasil já esteve em um patamar de produção de medicamentos que não era inferior ao padrão dos principais produtores mundiais. O que fez com que o Brasil não mantivesse essa posição foi a falta de um parque industrial que permitisse a execução de todas as etapas de produção de medicamentos, desde a química fina, que inclui as etapas que mais agregam valor ao produto, quais sejam a pesquisa e desenvolvimento de novos princípios ativos e a produção industrial de fármacos; até a formulação farmacêutica, constituída pelas etapas finais, que são a produção do medicamento e sua comercialização. Assim, concentrado

⁷ Droga é uma substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa ou sanitária (Lei N^o 5.991/73).

apenas na parte final do processo, o Brasil iniciou sua relação submissa com as indústrias que pesquisavam e desenvolviam princípios ativos que posteriormente seriam utilizados para a produção de determinado medicamento. Além disso, a Segunda Grande Guerra teve como resultado a expansão de empresas internacionais que impuseram seu modelo de crescimento aos países em desenvolvimento, instalando multinacionais que possuíam a tecnologia para executar a química fina, mas que realizam no Brasil apenas as etapas finais (inferiores) de produção (BERMUDEZ, 1995, p. 121-123; BRASIL, 2000a, p. 31).

A venda de medicamentos aos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos não está relacionada ao compartilhamento da tecnologia necessária à produção de novos medicamentos. Portanto, os países que não possuem essa tecnologia provavelmente continuarão sem tê-la durante muitos anos, o que representa mais uma consequência negativa do TRIPS. Isso se relaciona diretamente com os medicamentos que são produzidos no mundo, pois o que acaba definindo a orientação das pesquisas não é o efeito terapêutico que o medicamento irá promover, mas o lucro que ele pode obter em longo prazo. Por isso muitas afecções mais simples como a malária e a tuberculose, que compõem o rol das patologias que mais provocam mortes ao redor do planeta, são negligenciadas pelas multinacionais, visto que a maioria das pessoas afetadas por elas reside em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, principalmente no continente africano, ou seja, não seria tão lucrativo para uma empresa desenvolver um medicamento que se destinaria essencialmente a uma população que não pode pagar por ele. De fato, a maior parte dos investimentos em pesquisa é orientada para a produção de medicamentos que combatem doenças que afetam as populações mais ricas, situadas nos países desenvolvidos, o que promove o deslocamento das necessidades de saúde para a lógica do mercado. Como a tecnologia supracitada não é detida pelos países subdesenvolvidos, eles não terão nem mesmo a chance de pesquisar, desenvolver e produzir medicamentos que se destinem às afecções mais comuns em suas regiões, perpetuando um cenário de desamparo ao qual está submetida a maior parte da população mundial. Uma suposta exceção a essa questão seria a produção de medicamentos

contra a aids, que tem grande prevalência nos países subdesenvolvidos. Entretanto, a incidência dessa síndrome nos países ricos aumentou significativamente na última década, o que não nos deixa dúvidas acerca do motivo pelo qual aumentou o volume de recursos destinados à pesquisa visando ao desenvolvimento de medicamentos que possam combatê-la (GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 25-27; GADELHA *et al.*, 2009, p. 39).

O Brasil apresenta um dos cinco maiores mercados de consumo de produtos farmacêuticos do mundo (BRASIL, 2001a, p. 11; COSENDEY *et al.*, 2000, p. 172). Se considerarmos essa informação tendo em vista que se trata de um país que produz medicamentos em grande volume, mas que, de modo geral, não tem tecnologia para desenvolvê-los, pode-se concluir que é necessário maior incentivo à tecnologia em saúde que possa levar ao desenvolvimento de indústrias farmacêuticas que reduzam a dependência do Estado brasileiro em relação aos laboratórios farmacêuticos multinacionais. Atualmente, a produção de medicamentos no Brasil concentra-se nas mãos da iniciativa privada, que comporta a existência de um grande número de laboratórios. Entretanto, o setor farmacêutico brasileiro não foge à regra do oligopólio e era dominado por apenas 40 laboratórios na década de 1990. Estes respondiam por 86,6% de todo o faturamento do setor e, caso o foco fosse restrito aos dez maiores laboratórios, a imagem mostraria a concentração de 43,9% do faturamento total, o que significa quase metade dos altos lucros obtidos mediante a venda de produtos farmacêuticos sendo auferidos por um seleto grupo de dez empresas (BRASIL, 2000a, p. 27; GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 25).

Desse período para os tempos atuais, pouca coisa mudou no que tange à concentração de mercado. Entre as mil maiores empresas do Brasil em volume de vendas no ano de 2010, apenas dezoito pertenciam ao setor farmacêutico, e dessas dezoito, somente onze foram listadas entre as 500 maiores do Brasil, a saber: Pfizer, Novartis, Sanofi-Aventis, Roche, Medley, Astra Zeneca, EMS, Eurofarma, Aché, Merck e Eli Lilly. Juntas. Essas empresas foram responsáveis por um montante superior a US\$ 14 bilhões em

vendas⁸. Por fim, dessas onze empresas, sete (Aché, EMS, Roche, Eurofarma, Novartis, Astra Zeneca e Merck) foram elencadas entre as 250 maiores empresas do Brasil no que tange à obtenção de lucro líquido ajustado (lucro líquido depois de considerados os efeitos da inflação), somando uma quantia próxima a US\$ 700 milhões no ano referente⁹.

Em relação ao setor público, os principais centros de produção de produtos farmacêuticos são o Instituto Butantan, que é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; a Fundação Oswaldo Cruz, que é vinculada ao Ministério da Saúde e está localizada na cidade do Rio de Janeiro; e o Instituto Vital Brazil, que é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Esses três laboratórios oficiais, ou seja, laboratórios públicos que têm como objetivo atender a demanda do SUS em relação aos produtos farmacêuticos, respondem pela maior parte da produção de soros e vacinas no país, mas não tem o mesmo volume de produção no que tange a medicamentos, exceto no que se refere às doenças negligenciadas. Isso ocorre pela já citada falta de competência técnica provocada pela ausência de uma política de desenvolvimento industrial, o que abriu espaço para a expansão de empresas multinacionais do setor privado no Brasil (BRASIL, 2000a, p. 30-31; PINHEIRO, 1999, p. 167).

Diante desse cenário, é necessária maior regulação do Estado em relação à política de medicamentos, pois além do fato que os oligopólios elevam o preço dos fármacos vendidos pela iniciativa privada, o setor público ainda não tem capacidade para atender a demanda da população, e não tem sequer um planejamento que almeje que isso aconteça nos próximos anos, certamente algo que entraria em “perigoso” conflito com os interesses das poderosas indústrias farmacêuticas. Entretanto, como o Estado é responsável pela provisão de condições que permitam uma vida saudável a sua população, ele deve buscar formas de garantir o acesso a medicamentos, além de promover uma política que oriente para o uso correto destes produtos. Esse

⁸ Revista Exame. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/melhores-e-maiores/empresas/maiores/1/2010/vendas/-/farmaceutico/-/?>>. Acesso em: 13/03/2012.

⁹ Revista Exame. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/melhores-e-maiores/empresas/maiores/1/2010/lucro-liquido-ajustado/-/farmaceutico/-/?>>. Acesso em: 13/03/2012.

setor é exemplar acerca da função que o Estado desempenha como mediador dos conflitos entre trabalho, representado pelas políticas sociais, e capital, representado pelos avanços tecnológicos (PINHEIRO, 1999, p. 173-174). Ao ser analisado inicialmente, esse conflito pode causar certa estranheza ao leitor, por considerar que não existe contradição entre o avanço tecnológico e as políticas sociais. Porém, Dupuy e Karsenty (1979, p. 14) nos esclarecem que

[...] o fator essencial do aumento das despesas de saúde seria o progresso técnico. Longe de ser um fator de redução das despesas, como se poderia esperar, o progresso técnico é o motor do seu desenvolvimento.

Isso se explica pelo fato que esse progresso tem influência direta sobre o consumo de medicamentos, aumentando-o pelo fato de que as pessoas passam a confiar mais nos avanços proporcionados pela tecnologia. Outra questão, por paradoxal que pareça, é que esse progresso permite mais anos de sobrevivência a pessoas doentes, o que representa um enorme benefício para o indivíduo e, inegavelmente, também para as indústrias, visto que esse indivíduo precisará, em geral, de um elenco cada vez maior de medicamentos a cada ano que sua vida for prolongada. Por fim, o progresso técnico aumenta o consumo porque o serviço prestado é de uma qualidade cada vez maior, o que requer uma contrapartida remuneratória também maior. Conseqüência do avanço tecnológico é que são considerados enfermos, atualmente, indivíduos que em décadas anteriores seriam considerados sãos (DUPUY e KARSENTY, 1979, 14-15). Dessa forma as políticas sociais serão demandadas por um número maior de pessoas, exigindo recursos maiores para serviços mais onerosos, acarretando na diminuição daqueles que serão assistidos.

A população brasileira necessita que o Estado reduza sua dependência em relação às indústrias farmacêuticas multinacionais. Condições não faltam para que haja regulação da indústria farmacêutica brasileira como uma política social: biodiversidade que possibilita o desenvolvimento de fitoterápicos, um dos maiores mercados de consumo do mundo, recursos financeiros para o desenvolvimento do setor, entre outros. O que tem faltado é o rompimento com a lógica do mercado que equipara o medicamento a qualquer outra mercadoria, investimento em pesquisa e desenvolvimento, e

ainda em distribuição (etapa posterior às etapas de produção), caso seja objetivo do Estado que a política de medicamentos se consolide como uma política pública. Claro que isso ocasionaria um embate político com o setor privado no que tange à polarização entre a política industrial, que seria o fomento à nacionalização da produção farmacêutica brasileira, que hoje é executada principalmente por multinacionais; e a política de saúde, representada na busca pela integração da indústria farmacêutica na construção do Sistema Único de Saúde (BERMUDEZ, 1995, p. 101-105; BRASIL, 2000a, p. 154).

CAPÍTULO 2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A proposta de pesquisa deste trabalho tem como ponto de partida os princípios do Sistema Único de Saúde. O fato de utilizá-los como alicerce para o julgamento do PFPB torna imprescindível a exposição dos antecedentes e do percurso que levaram à constituição do SUS e a definição de seus princípios e diretrizes.

2.1 Antecedentes Históricos

O modelo de saúde de um país acompanha seu contexto econômico, político e social. No Brasil não foi diferente. Desde o início do século XX a saúde esteve subordinada às necessidades do modelo econômico agroexportador vigente. O modelo de saúde que acompanhava esse quadro era o sanitarismo campanhista, que tinha por finalidade sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e controlar as doenças que pudessem prejudicar essa atividade. Esse modelo fora executado desde o século XIX até a década de 1960 do século XX, e ficava sob responsabilidade do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública desde a fundação de tal órgão em 1930 (ANDRADE *et al.*, 2000, p. 85; BUSS, 1995, p. 75; CAMPOS, 2006, p. 38). Durante os regimes populistas existia um excludente sistema institucional de seguridade social, visto que nem todos os trabalhadores eram assistidos

pela previdência social, o que resultou em uma segmentação da classe trabalhadora em categorias funcionais, como camponeses, servidores, autônomos, etc. (FLEURY, 2006, p. 26).

Durante esse período, o país passou por um processo de ampliação da cobertura de saúde, mas também de acentuada privatização dos seus serviços. Além disso, outra importante questão que há de ser ressaltada é que esse sistema estava profundamente limitado pela imensa subtração de recursos destinados ao pagamento da dívida externa originada durante as décadas de modernização conservadora do país, o que também teve como consequência a elevação da concentração de renda, ampliando as diferenças entre os grupos sociais e exigindo grandes investimentos de caráter compensatório por parte do Estado (BUSS, 1995, p. 66-76).

Em decorrência dessa situação, crescia o descontentamento da população brasileira com os serviços de saúde oferecidos pela administração pública tanto em relação à qualidade quanto ao modelo em que estes se baseavam. Essa insatisfação motivou diversos setores da sociedade a se organizarem, no fim da década de 1960, em prol de melhorias na saúde pública do país, o que resultou em ampla participação dos movimentos sociais na construção de uma proposta que alteraria profundamente o modelo de saúde brasileiro (BUSS e LABRA, 1995, p. 24; CARVALHO, 1993, p. 9-24).

Ao longo da década de 1970 a mobilização política da sociedade começou a se desenvolver ao redor de núcleos que contestavam o regime militar, principalmente o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que era uma oposição consentida pelo Estado. É importante notar que nesse momento as principais lideranças são sindicais e lutam contra a política macroeconômica do governo que promove arrocho salarial à classe trabalhadora. Nem mesmo as políticas de caráter social promovidas por Médici, Geisel e Figueiredo são suficientes para amenizar as consequências da política econômica adotada (BRASIL, 2006b, p. 36-37). No ano de 1974, a Lei N° 6.036 deu origem ao Ministério da Previdência e Assistência Social, órgão que criaria, no mesmo ano, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passaria a ser responsável pela assistência médica dos contribuintes da previdência por meio de sua rede própria e de serviços

contratados e conveniados, ou seja, apenas os trabalhadores com carteira assinada poderiam se beneficiar desses serviços. Entretanto, apesar de possuir estrutura própria, a maior parte dos atendimentos era realizada pela assistência privada, mediante convênios. Apesar desse caráter excludente, o INAMPS representou durante muitos anos o principal motor da saúde no país, o que significa que seu peso político era significativo, principalmente pelo grande volume de recursos previdenciários com os quais era financiado. Esse instituto só seria incorporado pelo Ministério da Saúde em 1991, três anos após a implantação do SUS e dois anos antes de ser definitivamente extinto em 1993 (PUGIN e NASCIMENTO, 1996, p. 5).

Diante da baixa eficácia das ações federais relacionadas à saúde, alguns governos municipais iniciaram a transformação dos serviços de saúde através da implantação de redes básicas de atenção e serviços de urgência com significativa colaboração comunitária e recursos exclusivamente municipais, o que se contrapôs à posição estática apresentada pelos governos estadual e federal no que concerne ao atendimento das necessidades de saúde de sua população; o sucesso dessas ações seria o embrião da proposta de um sistema de saúde público e descentralizado para o país (BUSS, 1995, p. 79; CARVALHO, 1993, p. 9-24).

2.2 O Movimento Sanitário

O desgaste da ditadura militar entre o final da década de 1970 e início da década de 1980 possibilitou o avanço dos movimentos sociais urbanos que tinham como principal bandeira as políticas públicas de saúde. O projeto político excludente do modelo médico-assistencial privatista passa a ser questionado por setores contra-hegemônicos da sociedade, localizados nas universidades, departamentos de medicina preventiva, escolas de saúde pública, órgãos profissionais de categorias e sindicatos. Esses grupos apontavam que a articulação entre Estado, empresas privadas nacionais e multinacionais que acontecia na área da economia estava sendo reproduzida na área da saúde (BUSS, 1995, p. 78).

Paulatinamente essas reivindicações vão ganhando amplitude e passam a galgar maior abertura política no país, o que revela o modo global como os movimentos sociais da época concebiam a sociedade. Isso ocorre pelo fato de que seria impossível pensar um sistema de saúde democrático praticado por um Estado autoritário. Portanto, apenas após mudanças estruturais na sociedade é que se poderia efetivar a superação de práticas corporativistas, privatizantes e excludentes (GALLO, 2006, p. 93-94). Desse modo, os movimentos sociais organizados em torno da saúde assumiram uma posição central na luta pela democratização do país, o que foi possibilitado pelo fato de que a saúde apresentava um terreno fértil para a formação de grupos suprapartidários e policlassistas, principalmente porque a tomada de consciência em relação à saúde pública ocorria simultaneamente à tomada de consciência em relação à cidadania, sendo que ambas as questões só poderiam avançar mediante uma atuação coletiva (FLEURY, 2006, p. 42). Portanto, a questão envolvia uma mudança bastante profunda alicerçada em princípios coletivistas, fazendo dessa arena política palco para inúmeras reivindicações, que foram articuladas principalmente pelo Movimento Social em Saúde, que era composto pelo Movimento Popular em Saúde, pelo Movimento Médico e pelo Movimento Sanitário, entre outros (GERSCHMAN, 2004, p. 19).

O Movimento Popular em Saúde teve origem nos bairros pobres das grandes cidades e nas favelas dos centros urbano-industriais. Os moradores dessas localidades se reuniram em torno de associações comunitárias no intuito de lutar por melhores condições de vida. Participavam ainda desse movimento muitos profissionais de saúde, almejando o fortalecimento da organização política das comunidades; e políticos, com finalidade exclusivamente eleitoral. Esse grupo ganhou força na década de 1980, na qual se organizou em federações de associações de moradores nacionais e estaduais, com reuniões periódicas que culminaram na institucionalização do movimento através do acesso a formas orgânicas da política, como a Plenária Nacional de Saúde. A partir daí, o movimento sofreu uma cisão interna entre uma facção que compreendia o Estado como um espaço das classes dominantes, e outra que acreditava ser possível pressioná-lo para obter conquistas sociais em saúde. Essa disputa interna levou a uma paralisação

política e esvaziamento do Movimento Popular em Saúde no fim dos anos 1980 (GERSCHMAN, 2004, p. 67-70).

Por sua vez, o Movimento Médico era formado por um conjunto de entidades médicas, como sindicatos, conselhos profissionais e associações técnico-científicas. Logo, esse movimento era bastante institucionalizado e apresentava composição homogênea. Esse grupo questionara a caótica situação do sistema público de saúde e foi fundamental para a implantação do SUDS, entendendo-o como uma estratégia para o alcance de um sistema unificado. Porém, em alguns momentos os interesses da categoria entraram em conflito com os princípios que embasaram o SUDS, como emprego único e tempo integral de trabalho. Essas questões corporativas resultaram em greves no setor público de saúde, o que contribuiu para seu desprestígio e ineficiência, reforçando a necessidade de transformação do sistema de saúde brasileiro (GERSCHMAN, 2004, p. 71-73).

Finalmente, o Movimento Sanitário, que se destacou entre os movimentos componentes do Movimento Social em Saúde, teve origem ainda na década de 1960 e era inicialmente constituído por um grupo de profissionais da área da saúde da cidade de São Paulo que trabalhavam com medicina preventiva em várias instituições, como a USP, a Santa Casa e a UNICAMP, entre outras. Vaitsman (2006, p. 153) define o Movimento Sanitário como

[...] um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma “Reforma Sanitária”.

Ainda acerca de sua constituição, José Carvalho de Noronha (secretário estadual do Rio de Janeiro entre 1988 e 1990) aponta que o Movimento Sanitário nasceu em torno de quatro vertentes: uma acadêmica, inspirada na Reforma Sanitária Italiana e responsável por recolocar os serviços de saúde no mundo da política, da qual faziam parte Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro e Nina Pereira Nunes, entre outros; uma vertente de gestores, cuja principal contribuição foi nacionalizar o movimento,

da qual faziam parte Marília Bernardes, José Guedes, Moreira Franco, Nildo Aguiar, Nelson Rodrigues dos Santos e o próprio José Carvalho de Noronha, entre outros; uma vertente de sujeitos políticos, que funcionou como um bloco suprapartidário que fora fundamental como frente parlamentar para aprovação de propostas, sendo formada por militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), como Eric Jenner Rosas, Eleutério Rodriguez Neto e José Gomes Temporão, e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – sucessor do MDB –, como Hésio Cordeiro; por fim, a quarta vertente era formada por movimentos comunitários, como os Amigos de Bairro de Nova Iguaçu, do qual participava Lúcia Souto e Antônio Ivo de Carvalho, o movimento da Zona Leste de São Paulo, que era vinculado à igreja e o movimento comunitário do bairro Anjo da Guarda no Maranhão, com Jorge Nascimento Pereira, entre outros. Alguns desses sujeitos participaram inclusive de duas ou mais vertentes atuando de forma diferente, deixando clara a versatilidade do movimento. Entretanto, é importante salientar que os movimentos comunitários, em muitas oportunidades, não estavam presentes nos debates, sendo “representados” pelos intelectuais, situação que, segundo Sarah Escorel (presidente do CEBES entre 2003 e 2006), apenas começaria a mudar a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que será abordada adiante (BRASIL, 2006b, p. 59-64).

Tendo em vista a heterogeneidade do Movimento Sanitário¹⁰, havia contradições nas atuações de seus grupos. Porém, na formulação da proposta do SUS, esses conflitos não ficaram evidentes porque, de modo geral, o movimento fazia oposição ao regime autoritário e às políticas de saúde predominantes à época (GERSCHMAN, 2004, p. 21). O inimigo externo acabou por diluir as diferenças internas.

¹⁰ Apesar da diferenciação feita por Gerschman (2004) entre os componentes do Movimento Social em Saúde, adoto a nomenclatura ‘Movimento Sanitário’ no decorrer deste trabalho para me referir a todos os componentes do Movimento Social responsável pela Reforma Sanitária Brasileira, seguindo a denominação mais comum na literatura sobre o tema e por entender que ele foi predominante durante o processo, além de ter se constituído desde a década de 1960, diferente dos demais que foram formados apenas no fim da década de 1970.

2.3 A Reforma Sanitária

Cada vez mais consolidado e sendo ampliado gradualmente, o Movimento Sanitário teve uma grande conquista no ano de 1975: a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o que representou um marco para a Reforma Sanitária Brasileira por oficializar a nacionalização da luta social pela reforma do sistema de saúde, que passa a agregar, aos sanitaristas já citados, estudiosos de outras áreas como Murilo Bastos e Carlos Gentile de Melo, incorporando ao debate perspectivas vindas da economia, sociologia, antropologia e ciência política; além disso, esse centro era alimentado com questões vindas de diversos movimentos sociais urbanos, como associação de moradores, sindicalistas e acadêmicos. Outra instituição importante para o Movimento Sanitário foi criada em 1979: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que reunia intelectuais da área da saúde coletiva, os quais foram responsáveis anos mais tarde pela maior parte dos documentos técnicos que subsidiaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde. No contexto nacional dessa época ocorria um enfraquecimento do regime militar que possibilitava a realização de eventos que reuniam posições contrárias às ações estatais. Um desses eventos foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em 1979 e promovido pela Câmara dos Deputados, que foi o palco da primeira proposta oficial de criação do Sistema Único de Saúde. Outro acontecimento que merece ser destacado é a proposta de criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), na 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980, que seria um plano nacional alternativo de saúde formulado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência, baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde e pautado na participação popular e na democratização da sociedade. Esta proposta, defendida pela ABRASCO e pelo CEBES, incorporava princípios como descentralização e regionalização, confrontando-se diretamente com o modelo médico-assistencial vigente. Entretanto, esta proposta de política social não fora aceita em decorrência da maior força política do grupo conservador-situacionista no Estado, o que indica que, mesmo enfraquecido, o regime

militar ainda mostrava grande resistência a projetos progressistas (BRASIL, 2006b, p. 36-40; BUSS, 1995, p. 78).

No início da década de 1980, o Estado passou por uma crise em relação a suas políticas setoriais como saúde e previdência, causada pela recessão econômica e aumento da dívida pública, além do agravamento da contestação ao regime militar. Essas condições ocasionaram desemprego, subemprego e ampliação do mercado de trabalho informal, o que abalou o orçamento da previdência social, pois esse sistema era financiado principalmente com tributação sobre salários, enfraquecendo a base de sustentação do modelo médico-assistencial. Nesse cenário, os movimentos sociais ganham cada vez mais espaço, forçando o governo a adotar políticas que pudessem amenizar as críticas, como, por exemplo, a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) mediante o Decreto N° 86.329 de 1981. Este conselho era um órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social que tinha a função de reorganizar e aperfeiçoar a assistência médica e a racionalização de recursos previdenciários destinados à assistência. A composição deste conselho incluía representantes do Estado e da sociedade, que eram maioria, apesar do fato de que poucos destes eram provenientes da classe trabalhadora, o que denota que o CONASP ainda não resolveria os problemas de acesso dos setores marginalizados. Não obstante este fato, sua criação representou um avanço para a época, refletido, por exemplo, na criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), para articular o INAMPS, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde mediante convênios de prestação de serviços e de co-gestão que já davam uma orientação unificadora à rede pública de saúde. Além disso, o CONASP revelou a tensão que existia entre os defensores de um sistema privatista, estatizante ou liberal para as políticas de saúde, além de elaborar propostas que seriam posteriormente aperfeiçoadas, como os conselhos municipais de saúde (BRASIL, 2006b, p. 42-43; BUSS, 1995, p. 79-80).

Após o fim do regime militar, o Movimento Sanitário teve espaço suficiente para fortalecer seu processo de institucionalização, isto é, a ocupação de vários cargos públicos por seus participantes, o que já vinha

ocorrendo desde o CONASP. A partir daí, sujeitos advindos do movimento assumem várias secretarias de saúde, além de posições estratégicas no INAMPS, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e no próprio Ministério da Saúde, o que representou um passo essencial para a Reforma Sanitária Brasileira no que diz respeito a conquistas legais (BRASIL, 2006b, p. 72-75; BUSS, 1995, p. 80). Porém, na segunda metade da década de 1980 existia um impasse envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde acerca do aprofundamento da Reforma Sanitária. O INAMPS, como dito anteriormente, era um instituto sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, portanto o Ministério da Saúde não centralizava todos os serviços de saúde do país naquela época, e possuía uma força política muito inferior à que possui atualmente. O Movimento Sanitário agia mediante duas estratégias gerais para a implantação da reforma: uma estratégia pelo alto (defendida pelo Ministério da Saúde), que era a tentativa de unificação do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social em um só para que esse novo ministério promovesse a reforma em todo o país de maneira imediata; e uma estratégia por baixo (defendida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social), via descentralização, ou seja, avançando paulatinamente na questão da municipalização, que seria fomentada principalmente pelos secretários estaduais. Nesse contexto, germinam as primeiras ideias que irão culminar, posteriormente, na criação do SUDS, que delegava muitas responsabilidades aos estados, o que fortaleceu a estratégia de unificação por baixo. Essa tensão interministerial acarretou ainda em outras conseqüências para as políticas públicas atuais no país, principalmente no que concerne ao espaço ocupado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que apenas seria criado em 2005, dezessete anos após a implantação do SUS. O Movimento Sanitário foi fundamental para a universalização e descentralização dos serviços de saúde no país, porém sofreu críticas no sentido de que se limitou à saúde, não considerando que o movimento poderia lutar por um sistema unificado para toda a seguridade social, e a razão para isso seria um temor de que englobar as três áreas (previdência, saúde e assistência) em um mesmo ministério poderia fazer com que a saúde perdesse espaço e não conseguisse consolidar

a identidade que começava a desenvolver naqueles anos, voltando a ficar à sombra da previdência social. O resultado disso foi que a saúde obteve enorme avanço nas duas últimas décadas, porém a assistência social ainda engatinha na tentativa de ser legitimada e valorizada tal qual a saúde no Brasil. Acerca dessa questão, Sônia Fleury (BRASIL, 2006b, p. 81) questiona

Como é que nós podemos ter uma concepção ampliada de saúde, fazer políticas inter-relacionadas, inter-dependentes, e tudo o mais, e depois, paradoxalmente, reservamos tudo e fechamos num modelo próprio. Esse insulamento da área de saúde é um erro, como a não inserção, mesmo programática, da saúde na seguridade social.

Além desse obstáculo ideológico (e também político) havia outro, em relação ao qual, diferente do anterior, os dois ministérios concordavam: nem o INAMPS nem o Ministério da Saúde estavam preparados tecnicamente para a implementação de uma reforma de tal magnitude. Dessa forma, o Estado cedeu às pressões dos movimentos sociais pela abertura de um espaço onde a sociedade pudesse participar da construção das propostas relacionadas às políticas públicas de saúde, possibilitando a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi convocada pelo Decreto N° 91.466 de 1985 e representou um marco na história da saúde no país, além de um símbolo do poder de mobilização dos movimentos sociais. Em março de 1986 reuniram-se em Brasília mais de 5.000 participantes após ampla mobilização nacional, que envolveu mais de 50.000 participantes em conferências estaduais e municipais, incluindo trabalhadores, gestores, usuários, representantes ministeriais, parlamentares, dentre outros sujeitos sociais e políticos que modificaram totalmente a concepção de saúde no Brasil, que passou de uma questão técnica para uma questão política, de uma questão ministerial para uma questão de Estado e de uma questão governamental para uma questão social (BUSS, 1995, p. 81; BRASIL, 2006b, p. 46-47). Dentre as principais propostas da 8ª CNS pode-se destacar a criação do Sistema Único de Saúde coordenado por um único ministério, separando totalmente a saúde da previdência; este sistema deveria ser regido pelos princípios de descentralização, integralidade, unicidade, hierarquização, participação popular (controle social), universalidade, equidade, entre outros; formação de conselhos de saúde aos

níveis municipal, estadual e regional, compostos por representantes eleitos pela comunidade; e maior participação do setor público como prestador de serviços (BRASIL, 1986).

Entretanto, a CNS tinha natureza propositiva e não deliberativa, motivando o Movimento Sanitário a propor a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária com poder decisório para ordenar suas ações na tentativa de garantir que as propostas fossem executadas. Porém, a resistência do governo a tal grupo foi grande e a proposta foi inviabilizada, sendo substituída pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que era uma comissão paritária, com caráter consultivo e função de formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde. Não obstante este ponto, a CNRS ocupava o importante papel de dar seguimento ao relatório final da 8ª CNS, evitando que toda aquela produção coletiva fosse negligenciada; contudo, mesmo sendo considerada conservadora em relação à proposta inicial essa comissão também sofreu resistências e funcionou apenas entre agosto de 1986 e maio de 1987, mostrando mais uma vez que a burocracia, o clientelismo e o patrimonialismo ainda eram obstáculos com força suficiente para fazer recuar a política democratizante e universalizante proposta pelo Movimento Sanitário (BRASIL, 2006b, p. 49).

No início da Nova República, o Estado apresentava um conjunto bastante heterogêneo de forças políticas, composto por conservadores e progressistas sem que houvesse hegemonia de um desses grupos sobre o outro. Somado a isso o Movimento Sanitário estava tecnicamente e politicamente bastante amadurecido. Em consequência dos esforços deste grupo em prol de políticas públicas descentralizadas para a saúde e do espaço existente na esfera do poder legislativo, foi criado em 1987 o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) mediante o Decreto N° 94.657. Esse programa representou uma grande conquista para o Movimento Sanitário porque apresentava como objetivos a universalização, maior agilidade da máquina administrativa, a descentralização das decisões políticas e da distribuição de recursos, a superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas e um planejamento ascendente, cuja organização contemplaria os serviços primários ao nível dos

municípios e os serviços secundários e terciários ao nível dos estados, sendo estes objetivos provenientes das várias reivindicações formuladas pelos participantes da Reforma Sanitária. Apesar de não conseguir superar o modelo assistencial de saúde, o SUDS previa a passagem das unidades assistenciais próprias do INAMPS e seus convênios para os estados, iniciando o desmonte da máquina previdenciária, o que representou sua maior contribuição à saúde no Brasil (PUGIN e NASCIMENTO, 1996, p. 19).

Em 1986 foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte composta por parlamentares que haviam sido eleitos no ano anterior. Esta assembléia seria o principal palco dos conflitos entre o bloco conservador, que era contrário aos avanços referentes às políticas sociais, e o bloco que defendia os interesses do Movimento Sanitário, que tinha na Plenária Nacional de Saúde seu espaço político mais estratégico. Esta plenária reunia parlamentares, sindicalistas, entidades profissionais, partidos políticos, entre outros, e funcionava como local de interlocução entre os defensores da Reforma Sanitária e o Congresso Nacional. Como produção deste espaço, foi apresentada uma emenda popular em agosto de 1987, que foi assinada por 54.133 eleitores representando 168 entidades, dentre as quais participavam movimentos populares, sindicatos, conselhos profissionais, entidades científicas e partidos políticos, entre outras. Esta emenda defendia a execução das proposições da 8ª CNS, em especial a fiscalização descentralizada dos serviços de saúde, ou seja, a municipalização do controle social. Como resultado desta ação houve incorporação de várias diretrizes da 8ª CNS pelo texto constitucional como a descentralização, a integralidade do atendimento, a priorização de ações preventivas e a participação da comunidade. Além disso, o caderno de saúde da Constituição Federal de 1988 é quase que inteiramente proveniente do relatório final da CNRS, entregue à Comissão de Seguridade Social da Assembléia Nacional Constituinte no início desse mesmo ano. A despeito disso, a regulamentação dessas diretrizes seria efetuada por leis infraconstitucionais, o que abriu margem para mais embates entre os defensores da Reforma Sanitária, que continuavam organizados na Plenária Nacional de Saúde, e seus opositores, que se reuniam em torno da Federação Brasileira de Hospitais, que defendiam uma regulamentação mínima para os

serviços de saúde. Os pontos mais polêmicos que mobilizavam as bancadas parlamentares de diversos partidos eram a questão da descentralização da gestão, do controle social e, como não poderia deixar de ser, a relação entre o setor público e o privado (BRASIL, 2006b, p. 50-54).

Todo esse percurso anteriormente descrito, que fora iniciado na década de 1960, ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e é definido por Sônia Fleury (2006, p. 39) como

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

2.4 Princípios e Diretrizes do SUS

Como principal contribuição da Reforma Sanitária Brasileira para a população, inaugurou-se em 1988 o Sistema Único de Saúde, que preconiza a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, o que supera a ênfase nos níveis de alta complexidade e busca qualificar a atenção básica, além de fortalecer a prevenção como estratégia fundamental para o bem-estar social e também para a economia de recursos da União. Cabe salientar que, apesar de ter incorporado uma gama de serviços, o SUS não é nomeado como “único” por unificar a forma de organização das ações públicas de saúde em todo o território nacional, pois isso desconsideraria as especificidades de cada região. Sendo assim, a unicidade do sistema de saúde não deve ser compreendida como uma mesma forma de organização, mas que todo o sistema passaria a ser pautado nos mesmos princípios e diretrizes, que são aqueles que fundamentam o SUS e serão abordados adiante (BRASIL, 1993, p. 7).

O caderno de Saúde da Constituição Federal de 1988 é iniciado afirmando que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2009b). A

partir daí já se pode observar que o sistema é pautado em muitos dos princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, como a universalidade e a equidade, além de vários outros que estão elencados tanto na CF/88 como na Lei Nº 8.080 de 1990. Esta lei, sancionada em setembro, regulamentou definitivamente o SUS, ou seja, determinou como deve ser sua organização e funcionamento em todo território brasileiro, tendo o definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. São ainda integrantes do SUS, os serviços privados por ele contratados ou com ele conveniados (BRASIL, 1990a).

Em relação aos princípios e diretrizes que fundamentam o SUS é importante ressaltar que suas definições e categorizações resultam em contradições por parte de alguns autores. Inicialmente a CF/88 define que esse sistema terá como diretrizes, ou seja, valores que irão nortear suas ações, a descentralização, o atendimento integral (integralidade) e a participação da comunidade (BRASIL, 2009b). Dois anos depois, a lei orgânica da saúde define treze princípios fundantes do SUS, a saber: universalidade; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação de recursos das três esferas de governo; capacidade de resolução de serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços a fim de evitar duplicidades (BRASIL, 1990a). Pode-se notar, portanto, que alguns princípios coincidem com as diretrizes apontadas pela CF/88. Além disso, muitos autores elencam outros princípios como pilares do SUS, o que causa certa confusão nos levantamentos teóricos sobre o assunto. Entretanto, traçar uma diferenciação categórica entre os princípios e diretrizes do SUS não é objetivo deste estudo e abordarei aqui de forma mais detalhada apenas os princípios que são essenciais para realização da avaliação política do Programa Farmácia Popular do Brasil, não obstante a distinção feita pelas legislações supracitadas.

Dentre os princípios que são corriqueiramente chamados de princípios doutrinários temos a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1993, p. 7). O primeiro deles representa a maior conquista da saúde brasileira e indica que qualquer cidadão, brasileiro ou estrangeiro, tem direito a ser atendido pelo SUS independente de contribuição e sem diferenciação baseada em classe social, etnia ou ocupação. Portanto, a universalização colocou as ações e serviços públicos de saúde à disposição de todos aqueles que deles necessitem em todos os níveis de assistência. A integralidade diz respeito à concepção do ser humano como um todo e mantém relação intrínseca com a definição ampliada de saúde que considera o bem estar físico, psíquico e social, o que significa que deve ocorrer uma integração de ações no SUS e destas com outras políticas públicas, pois apenas com uma atuação intersetorial é possível promover qualidade de vida aos indivíduos de forma integral. Por sua vez, a equidade tem como objetivo a redução de desigualdades, ou seja, garantir que todos tenham a mesma facilidade de acesso ao serviço e que sejam utilizados mais recursos com aqueles que necessitem mais deles, não sendo estabelecida, portanto, uma norma de igualdade de atenção, visto que as pessoas têm necessidades diferentes de atendimento, por esse fato é que se tornou comum a caracterização da equidade como atendimento igual aos iguais, e desigual aos desiguais (BRASIL, 2000b, p. 30-32).

No que concerne aos princípios que orientam as práticas dos serviços do SUS em todo o Brasil, também chamados de princípios organizativos, devem ser elencados prioritariamente a regionalização, o controle social e a descentralização. A regionalização, que caminha ao lado da hierarquização das ações, é uma forma de articulação e mobilização dos serviços existentes nos municípios baseada em suas características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e oferta. Além disso, essa organização deve ser desenvolvida em nível crescente de complexidade e considerar fluxo de encaminhamentos (referência) e retorno de informações (contra-referência) para que se possa garantir o atendimento integral do indivíduo, o que exemplifica a articulação existente entre todos os princípios do SUS (BRASIL, 1993, p. 3). No que tange ao controle social, que determina a

participação da comunidade na gestão do sistema, a Lei Nº 8.142 de dezembro de 1990 é responsável por sua regulamentação e ordena que ela ocorra principalmente através de duas formas: conselhos de saúde e conferências de saúde, ambos compostos, obrigatoriamente, por usuários em proporção paritária ao conjunto dos demais segmentos que constituem a saúde pública no país, a saber, gestores e profissionais técnicos (BRASIL, 1990b). Isso preconiza que o SUS seja democrático e garanta a participação de todos os segmentos nele envolvidos, tanto na formulação quanto na execução das políticas públicas de saúde. Ou seja, as demandas da sociedade devem ser consideradas na formação de políticas relevantes para todos os atores implicados na concretização de um sistema de saúde democrático e equânime. Finalmente, a descentralização, que acompanha as tendências de modernização do Estado, reforça a concepção dos municípios como entes federados e reconhece a importância do papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos. Ela preconiza que a responsabilidade pela gestão do SUS seja distribuída entre os três níveis de governo, principalmente pela questão da fiscalização, pois a existência de conselhos municipais de saúde possibilita que a população possa intervir localmente no intuito de reivindicar a qualidade necessária dos serviços prestados (BRASIL, 1993, p. 3-6).

Cabe ressaltar que a proposta estatizante do Movimento Sanitário não pode ser analisada somente a partir de um ponto de vista, que seria o olhar positivo sobre os avanços que os princípios acima elencados trouxeram para a saúde pública do país. Um exemplo de como a totalidade do sistema acarreta em contradições é que uma das suas reivindicações consideradas mais progressistas – a descentralização – que representou um salto para a democratização do SUS se encaixou perfeitamente com as recomendações neoliberais no que diz respeito à modernização e desburocratização estatal e à aproximação dos problemas e sua gestão (BUSS e LABRA, 1995, p. 23). Esse é um exemplo de que, ao contrário daquilo que preconizou a Reforma Sanitária, o desenvolvimento do SUS sofreu forte resistência devido aos interesses da acumulação de capital no setor, o que não possibilitou o rompimento com a desigualdade existente em relação ao acesso aos serviços de saúde (BUSS, 1995, p. 61).

2.5 O Financiamento do SUS

O Sistema Único de Saúde, segundo a CF/88, deve ser financiado em conjunto pela União, estados e municípios, o que implica que essas três esferas tenham responsabilidade no que diz respeito aos recursos alocados nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003a, p. 61). Apesar disso, muito antes do SUS, o Brasil já enfrentava a dificuldade de garantir que recursos destinados à saúde fossem utilizados realmente para financiar ações e serviços desta área. O mecanismo estatal criado no Brasil com o discurso oficial de superar tal problema foi o fundo público, mas esse instrumento originalmente fora concebido para funcionar como suporte financeiro em situações de crises econômicas ao redor do mundo.

A crise de 1929 foi o principal estímulo ao nascimento dessa proposta, pois antes dela não existia a ideia de criação de um fundo público para combater as crises econômicas, nem tampouco para atender ocasionais necessidades sociais. A partir de então, o supracitado Estado de Bem-Estar propõe, como um de seus principais mecanismos, a constituição de um fundo público, que acumularia recursos que pudessem ser utilizados para possibilitar a superação das dificuldades que o capitalismo enfrentava e até sua ampliação, mediante o estabelecimento de um salário mínimo, do controle de novos investimentos e da implementação do pleno emprego, entre outras medidas (HONORATO, 2008, p. 25-28). Não obstante tais questões, e sem esquecer que os fundos públicos se destinaram a garantir a manutenção do capitalismo, ele acarretou mudanças significativas na área da seguridade social, por conseguinte na área da saúde, através do financiamento de várias ações dos Estados Nacionais no que tange à proteção social de sua população. Os fundos públicos são estruturas formais para transferência de recursos que surgiram como mecanismos de controle administrativo e financeiro. No Brasil, eles foram implantados durante as reformas administrativas do Estado, e posteriormente incorporaram funções de controle político (ELIAS, 2004, p. 21). Além disso, o Fundo Público (incluindo todos os fundos destinados a cada área específica) envolve a capacidade que o Estado possui de mobilizar recursos para intervir na economia, como ocorreu em

diversas crises financeiras nos últimos anos, em que bancos foram socorridos com recursos provenientes dos impostos pagos pela sociedade e alocados no Fundo Público, que funciona, dessa forma, como instrumento de socialização de prejuízos (SALVADOR, 2010, p. 606). Salvador (2010, p. 622) destaca ainda que o Fundo Público tem contribuído para a reprodução do capital como fonte de recursos para investimentos, tanto por meio de subsídios, como através de desonerações tributárias, e ainda reduzindo a base tributária da renda do capital, através do custeio integral ou parcial dos meios de produção.

Outro autor que tece importantes críticas em relação ao papel do Fundo Público, Francisco de Oliveira (1998) compreende que ele tem a função, por um lado, de financiar a acumulação de capital (subsidiando avanços tecnológicos, agricultura, etc.) e, por outro, de financiar a reprodução da força de trabalho (saúde, previdência, etc.), ou seja, quem paga os direitos sociais do trabalhador é o próprio trabalhador e não seu empregador, visto que são os recursos públicos que financiam a reprodução da força de trabalho. Este autor é ainda mais incisivo ao afirmar que a existência dos fundos públicos é estrutural ao capitalismo contemporâneo e que caracterizar esse mecanismo como uma intervenção estatal seria um equívoco tendo em vista sua função de contribuição para a expansão econômica (OLIVEIRA, 1998, p. 19-23).

No Brasil, os fundos públicos especiais foram criados ainda no governo de João Goulart pela Lei Nº 4.320/64 (Lei do Orçamento Público), que fora sancionada poucos dias antes do golpe militar, e os caracterizou como produtos de receitas específicas vinculados para um determinado fim (MENDES, 2004, p. 33). Isso representou um grande avanço legal no sentido de garantir um nível mínimo de investimento em políticas sociais, porém serviu como legitimação do Estado autoritário e não trouxe grandes transformações, na prática, para a classe trabalhadora. Por outro lado, a iniciativa privada se beneficiou desses fundos de forma incontestável, pois, como expõe Mota (2005, p. 140), ocorreu deste modo

[...] um verdadeiro pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de imposto de renda e liberalidade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial.

Cinco anos após a publicação da Lei do Orçamento Público, foi criado o Fundo Nacional de Saúde (FNS), pelo Decreto Nº 64.867/69, que seria administrado pelo Ministério da Saúde para gerir os recursos financeiros destinados a apoiar os programas de saúde coordenados ou desenvolvidos por esse ministério (BRASIL, 1969a; BRASIL, 1969b). Este fundo especial passou por várias modificações no decorrer dos anos e atualmente é o gestor financeiro dos recursos do SUS, além de ter como objetivo a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde (BRASIL, 1993a). O FNS pode repassar recursos aos estados e municípios mediante duas modalidades: transferência regular e automática (fundo a fundo) e remuneração por serviços produzidos. A primeira consiste no repasse direto de recursos aos estados e municípios que atendem aos critérios de gestão plena do sistema de saúde, conforme preconiza a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002¹¹ (NOAS-SUS 01/02). A segunda refere-se ao pagamento de serviços que são prestados por empresas privadas ao SUS, com valores fixados em tabela de procedimentos do Ministério da Saúde. Nesta segunda modalidade o repasse só é feito diretamente aos estados e municípios caso eles atendam à norma operacional referida acima, caso eles não estejam habilitados em gestão plena, o pagamento ao prestador do serviço é efetuado pelo próprio Fundo Nacional de Saúde, sem a mediação do estado ou município (BRASIL, 2003a, p. 72-75).

No que tange aos fundos estaduais e municipais de saúde há de se expor que eles também já existiam antes do SUS. Entretanto, a forma que eles apresentam atualmente foi dada pela Lei Nº 8.142/90, após a CF/88 ter permitido a reforma desses mecanismos, alterando seu modo de financiamento, que passa a ser contemplado por recursos específicos, visto que, antes disso, a saúde era financiada mediante a cobrança de contribuições compulsórias sobre os salários de empregadores e empregados. A existência desses fundos é obrigatória para que cada esfera de governo possa receber os recursos da saúde, os quais só podem ser movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. Seu objetivo é a existência de contas

¹¹ Em tempo, para que sejam habilitados em gestão plena os estados e municípios devem se comprometer com um rol de tarefas, que inclui a assunção de responsabilidades, o cumprimento de requisitos e o gozo de prerrogativas estabelecidas pela Portaria GM/MS Nº 373/02.

específicas para os recursos da saúde e pode-se observar que os fundos obedecem ao princípio de descentralização sobre o qual o SUS se assenta. Dessa forma, pode haver transferência direta de recursos entre as esferas de governo, o que dificulta (mas não impede) o desvio de verbas (BRASIL, 1990a; ELIAS, 2004, p. 21-22). Essas transferências são realizadas da esfera federal para as esferas estadual e municipal, e da esfera estadual para a esfera municipal. Dessa forma, os fundos municipais de saúde recebem recursos provenientes tanto da União como do estado. Mendes (2004, p. 32) define os fundos municipais de saúde como

[...] um mecanismo criado pela legislação a fim de concentrar os recursos de Saúde e só pode funcionar pelo envolvimento da comunidade no acompanhamento destes recursos e nas decisões de sua alocação. O Fundo está dentro do campo do financiamento da área de Saúde.

Cabe reforçar a importância da vinculação da liberação desses recursos ao funcionamento de conselhos municipais de saúde, conforme preconiza a Lei N° 8.142/90, o que representa outra tentativa de fomentar a participação da população no controle da coisa pública. Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos compostos por representantes de trabalhadores, gestores e usuários, com funções de controle das ações de saúde na esfera correspondente (BRASIL, 1990b). Apesar de legalizada e regulamentada, ainda existiam muitos entraves para que a descentralização preconizada pelo SUS ocorresse na prática. Em primeiro lugar, os mecanismos que vinculavam o repasse de recursos da esfera federal para os municípios foram vetados pelo presidente Collor (parágrafos 2° e 3° do artigo 33° da Lei N° 8.080/90) e só seriam respaldados legalmente a partir do ano de 1993, com a emissão da Norma Operacional Básica para o Funcionamento do SUS (NOB-SUS) pelo Ministério da Saúde. Em segundo lugar, mesmo com respaldo legal em 1993, a descentralização começa a ocorrer na prática apenas dois anos depois com o repasse fundo a fundo de dezembro de 1995 mediante o qual o Fundo Nacional de Saúde passou a transferir recursos para os fundos municipais de saúde, apesar do fato de que esse mecanismo havia sido criado desde agosto de 1994 (MENDES, 2004, p. 31-32).

O financiamento desses fundos ocorre por meio de impostos e contribuições sociais com estrutura tributária teoricamente progressiva, ou seja, as pessoas com maior renda deveriam contribuir proporcionalmente mais que as pessoas com menor renda, o que denota o forte caráter redistributivo dessa proposta (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 1607). Porém, mesmo com a CF/88 os descontos compulsórios sobre as folhas de salários não foram interrompidos, tendo sido somados a eles duas contribuições destinadas à seguridade social: a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), incidindo sobre o lucro bruto das empresas em um valor de 10% e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), incidindo em 12% sobre o lucro líquido das empresas (ELIAS, 2004, p. 21).

Para que se possa compreender toda a dinâmica financeira atual dos fundos de saúde faz-se necessário recorrer à Emenda Constitucional N° 29 (EC N° 29) de setembro de 2000. Essa emenda teve como objetivos superar a inexistência de medidas legais que fizessem com que estados e municípios destinassem recursos para a saúde; garantir certa estabilidade em relação à origem de recursos destinados aos SUS mediante a vinculação de fontes específicas, evitando a concorrência com outras políticas públicas e a instabilidade dos ciclos econômicos; e combater o caráter emergencial com que eram adotadas as medidas para prover recursos para essa área (BRASIL, 2003a, p. 61-62). Ela altera as formas de financiamento da saúde pública no Brasil mediante algumas medidas, dentre as quais a principal foi estabelecer que todos os estados e municípios devessem alocar no mínimo 12% e 15% respectivamente de seus recursos totais em serviços e ações de saúde, tendo para isso o prazo de quatro anos para uma adaptação progressiva, ou seja, aqueles entes federados que estivessem alocando recursos inferiores a essas proporções deveriam aumentá-las gradualmente até 2004 em uma razão mínima de acréscimo de um quinto do valor ao ano (BRASIL, 2002a, p. 6).

No que concerne aos recursos mínimos que a União deve aplicar nas ações e serviços de saúde, a Lei Complementar N° 141/12, prevista pela EC N° 29/00, afirma que deverá ser investido um montante, no mínimo igual ao valor empenhado no ano anterior, acrescido do percentual de variação nominal do PIB (BRASIL, 2012). Essa lei frustrou a luta pela vinculação de 10% do PIB

à saúde, e ainda desobriga a União a aumentar o valor de recursos investidos na saúde caso haja um reajuste do valor do PIB, o que foi resultado de um dos quinze vetos que a presidente Dilma Rousseff fez à referida lei.

Os recursos totais dos estados são calculados a partir de toda sua receita própria, que considera os seguintes recursos: todas as receitas provenientes de impostos de natureza estadual, quais sejam, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD); somadas às receitas provenientes da União, ou seja, uma cota do Fundo de Participação dos Estados (FPE), uma cota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e as transferências designadas pela Lei de Kandir (Lei Nº 87/96); somadas ainda ao Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e a outras receitas correntes, como a originada pela Dívida Ativa Tributária (DAT) de impostos, multas, juros de mora e correção monetária; a toda essa soma são subtraídas as transferências financeiras constitucionais que os estados devem destinar aos municípios, ou seja, 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI para se chegar, enfim, ao montante que representa a receita própria de cada estado que serve de base para o cálculo da definição dos valores que deverão ser destinados à área da saúde. Por sua vez, no que tange aos municípios, seus recursos totais são calculados a partir do somatório das receitas provenientes dos impostos municipais, a saber, Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) e Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis (ITBI); acrescidos das receitas advindas das transferências realizadas pela União, ou seja, a cota do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), a cota do Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR) e, tal qual ocorre nos estados, a receita da transferência determinada pela Lei de Kandir; soma-se ainda a esse acúmulo a receita do IRRF e das transferências constitucionais que os estados devem destinar aos municípios (supracitadas), além de outras receitas correntes, da mesma forma que ocorre nos estados em relação à DAT de impostos, multas, juros de mora e correção monetária (BRASIL, 2002a, p. 17-20; BRASIL, 2003a, p. 62-65). Os quadros a seguir simplificam tais bases de cálculos.

BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	
Receitas de Impostos de Natureza Estadual (A)	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
	Imposto de Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação (ITCMD)
Receitas de Transferências da União (B)	Cota do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
	Cota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)
	Transferências da Lei de Kandir
Imposto de Renda Retido na Fonte (C)	
Outras Receitas Correntes (D)	Dívida Ativa Tributária (DAT) de impostos, multas, juros de mora e correção monetária
Transferências Financeiras Constitucionais dos Estados aos Municípios (E)	25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
	50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
	25% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)
Receita Própria do Estado = (A+B+C+D) – E	

Quadro 2: Receita própria dos estados (BRASIL, 2003a, p. 63)

BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL	
Receitas de Impostos de Natureza Municipal (A)	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)
	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
	Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis (ITBI)
Receitas de Transferências da União (B)	Cota do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
	Cota do Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR)
	Transferências da Lei de Kandir
Imposto de Renda Retido na Fonte (C)	
Transferências Financeiras Constitucionais dos Estados aos Municípios (D)	25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
	50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
	25% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)
Outras Receitas Correntes (E)	Dívida Ativa Tributária (DAT) de impostos, multas, juros de mora e correção monetária
Receita Própria do Município = (A+B+C+D+E)	

Quadro 3: Receita própria dos municípios (BRASIL, 2003a, p. 63-64)

Conforme exposto anteriormente se pode observar sobre qual montante de receitas incidirá os 12% e 15% que estados e municípios deverão investir na área da saúde, o que significa a vinculação de receitas promovida pela EC Nº 29/00 no que tange aos recursos da saúde, representando um grande avanço para política social brasileira. Após o recolhimento desses impostos e contribuições observa-se que o décimo da população com menor concentração de renda contribui proporcionalmente menos que sua própria renda, o que seria um indicativo para a confirmação de uma estrutura tributária progressiva, porém, o décimo da população com maior concentração de renda também contribui proporcionalmente menos que sua renda, o que significa que o financiamento do SUS não pode ser considerado progressivo e, portanto, que não se alicerça em justiça social (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 1607).

Existem ainda grandes problemas acerca do funcionamento desse mecanismo, como, por exemplo, a ausência de transferência e a alocação insuficiente de recursos por parte de alguns estados e municípios, dificultando a efetivação dos fundos de saúde como contas centrais que permitam a execução das ações de saúde elaboradas em cada município (MAGALHÃES JÚNIOR e TEIXEIRA, 2004, p. 6). O grande óbice é que muitas prefeituras não repassam para o fundo todo seu recurso destinado à saúde, mas apenas aqueles que já são transferidos por operação fundo a fundo, o que acarreta em dificuldade de fiscalização do investimento mínimo de saúde que cada município deve alocar. Simplificando esta questão deve-se destacar que o Fundo Municipal de Saúde é formado por várias contas, uma para receber os recursos da União destinados a atenção básica, outra para receber os recursos da União destinados a média e alta complexidade, uma terceira para receber os recursos provenientes do estado e uma última para receber as receitas dos impostos municipais; porém, muitos municípios não abrem esta conta, impossibilitando o controle pelo conselho municipal que não poderá acompanhar a utilização desses recursos (MENDES, 2004, p. 37).

O resultado dessa prática é que poucos municípios no país mantêm no Fundo Municipal os recursos provenientes da transferência estadual e federal e do orçamento municipal, o que impossibilita a gerência de todos os recursos da saúde para decidir onde e como alocá-los (MENDES, 2004, p. 32-

33). Mais problemática ainda é a questão de não haver instrumentos legais que garantam a existência dos fundos municipais de saúde, pois apesar de serem criados por lei federal eles dependem de uma lei municipal para existir, sujeitando o fundo à aprovação da Câmara Municipal, o que não ocorre em muitos municípios do Brasil inviabilizando o desempenho das atividades de fiscalização dos conselhos e prejudicando aqueles que demandam os serviços de saúde (MENDES, 2004, p. 38).

Cabe ressaltar também a dificuldade que a criação dos fundos públicos especiais confere no que diz respeito à forma como a sociedade deve exercer o controle social, tendo em vista que cada fundo tem critérios de funcionamento isolado dos demais, o que dificulta a fiscalização de todos os gastos públicos de forma geral e também a comparação entre duas ou mais políticas sociais específicas (MAGALHÃES JÚNIOR e TEIXEIRA, 2004, p. 6-7).

Outra questão relevante no que diz respeito aos fundos públicos é a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) pelo Governo Federal no ano de 1994 que passou a reter 20% das receitas de impostos e contribuições que poderiam, a partir de então, ser livremente investidos em qualquer área. Esse fundo, que foi renomeado mais tarde como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), sangrou várias políticas sociais pelo fato de ter seus recursos alocados principalmente no pagamento da dívida externa, exemplificando a importância de haver vinculação das receitas para garantir o investimento nas políticas que o exigem. Desde 2000 esse fundo recebeu uma denominação mais condizente com sua proposta liberal, Desvinculação de Recursos da União (DRU), o que não deixa dúvidas sobre o motivo de sua criação: desvincular receitas que antes eram obrigatoriamente vinculadas pela CF/88 à educação, seguridade social e aos fundos de participação dos estados e dos municípios, o que representou um verdadeiro ataque contra o orçamento da seguridade social (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 1600; ROCHA, 2004, p. 89-90; BRASIL, 2008, p. 2). O raciocínio é simples, grande parte dos recursos que o país utiliza para o pagamento da dívida externa vem sendo suprimido de fontes que eram destinadas ao financiamento das políticas sociais que objetivam garantir o padrão mínimo de vida estabelecido pela CF/88, o que leva a não-efetivação de direitos constitucionalmente estabelecidos, além de menor capacidade

produtiva dos indivíduos, visto que estão socialmente desprotegidos e, portanto, mais vulneráveis fisicamente e socialmente.

CAPÍTULO 3 – O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Na tentativa de avançar em relação à questão da assistência farmacêutica no país, o Governo Federal lançou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil, que prometia efetivar o direito da população à assistência integral à saúde, mediante o acesso de um dos seus componentes mais onerosos: o medicamento. Esse programa faz parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, portanto, antes de abordar seus pontos específicos, é necessário contextualizá-lo dentro da política do setor farmacêutico.

3.1 A Política de Assistência Farmacêutica no Brasil

O primeiro marco na tentativa de aumentar o acesso da população de baixa renda aos medicamentos é a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971 pelo Governo Federal. Esse órgão estava vinculado diretamente à Presidência da República e tinha como objetivo o fornecimento de medicamentos, a preços acessíveis, a todos aqueles que, por motivos econômicos, não pudessem adquiri-los pelo preço comum de mercado. Além disso, esse órgão tinha o intuito original de fortalecer os laboratórios públicos mediante a compra de medicamentos por eles produzidos; e a função de regular a produção e distribuição dos laboratórios subordinados ao Ministério da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 7-8).

Criada, durante a vigência do regime militar, a CEME era alvo de um conflito político entre o grupo militar nacionalista, que propunha forte controle estatal sobre a produção de matérias-primas e sobre o setor privado, almejando a independência em relação ao capital estrangeiro; e o grupo militar

privatista, que era ligado ao setor empresarial e lutava pela aquisição dos medicamentos junto ao setor privado. Apesar de esse órgão haver sido fundamentado na priorização do setor estatal de produção, prevaleceu a orientação privatista, levando-o a cometer várias distorções se comparados seus objetivos e sua prática. Um exemplo desse fato foi a redução na compra de medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais por parte da CEME, que caiu progressivamente já partir do ano de 1972 (BRASIL, 2002b, p. 8; LUCCHESI, 1991 *apud* BERMUDEZ, 1995, p. 136-143).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi palco de discussões acerca da assistência farmacêutica no país, inclusive no que tange à produção industrial. De modo geral, a proposta elaborada na conferência, no que diz respeito à política de medicamentos, defendia o fortalecimento dos laboratórios e indústrias estatais e a formulação de uma política de desenvolvimento tecnológico que incluísse a produção de medicamentos (BRASIL, 1986, p. 16-17). Há, contudo, um ponto controverso em relação ao relatório final da conferência. Ele aborda introdutoriamente as discussões sobre a criação imediata de um sistema nacional de saúde que fosse estatal, ou se isso ocorreria de maneira progressiva, embate que acabou resultando na recusa da proposta de estatização imediata. Coincidência ou não, a comissão relatora da 8ª CNS chama atenção para a proposta de estatização da indústria farmacêutica afirmando que (BRASIL, 1986, p. 2)

[...] é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica”, aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

A título de esclarecimento, o posicionamento geral a que ela se refere é o da refutação da estatização imediata. A esse fato relaciona-se o seguinte relato de Fleury (BRASIL, 2006b, p. 94) sobre a Assembléia Nacional Constituinte, ocorrida dois anos depois da 8ª CNS:

Foi impressionante porque a gente sentia essa questão da correlação de forças. Na área de medicamentos nós não conseguimos avançar nada. Todos os grupos que participavam da Plenária eram favoráveis a incluir maior controle, a questão dos genéricos, e eu me lembro que o relator da Constituição retirou o item sobre os medicamentos,

alegando que havia recebido um telegrama da Abifarma e considerou que isso não tinha importância. Ou seja, esses que eram os mais poderosos sequer nós os enfrentávamos. Foi quando a gente percebeu que a FBH [Federação Brasileira de Hospitais] não era tão poderosa, pois se estavam ali tendo que brigar com a gente dava para medir forças, porque era um setor que dependia do Estado. Aqueles que estavam ali, como nossos supostos inimigos, eram os que precisavam do próprio Estado e nós podíamos medir força com eles. Os outros nem apareciam, mandavam telegrama ou faziam o lobby deles sequer nos enfrentando – os grandes poderosos da área de medicamentos, saúde do trabalhador – tudo isso nós perdemos.

Dessa forma, fica a questão: por que a comissão relatora da 8ª CNS fez referência apenas à estatização da indústria farmacêutica? No relatório final também está inclusa, por exemplo, a proposta de estatização do setor de produção de imunobiológicos, o que também estaria em conflito com o posicionamento geral sobre a estatização; entretanto essa proposta não mereceu esclarecimento algum acerca da “impressão” da comissão relatora. Ou será que a questão da produção de imunobiológicos foi suficientemente “aprofundada” e a da indústria farmacêutica não? Analisando esta questão sob a luz do relato de Sônia Fleury acima transcrito, fica clara a força do setor privado na assistência farmacêutica brasileira. Força tão expressiva, que não foi possível ao Movimento Sanitário nem mesmo o tensionamento da política de medicamentos.

No ano seguinte à 8ª CNS, a CEME promoveu a elaboração de uma “cesta básica” de medicamentos para o atendimento de aproximadamente três mil famílias pelo período de seis meses, era a “Farmácia Básica CEME”. A cesta disponibilizada por esse programa continha inicialmente 48 medicamentos para o tratamento de doenças comuns, sendo a ela acrescentados, mais tarde, 12 medicamentos para o controle de doenças crônicas (COSENDEY *et al.*, 2000 *apud* BRASIL, 2002b, p. 8). Esse elenco de medicamentos era baseado em uma lista chamada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que é baseada em critérios epidemiológicos para definir quais são os medicamentos considerados básicos no combate às principais doenças que afetam a população brasileira. Atualmente, a RENAME serve de instrumento também para elaboração de listas estaduais e municipais, para o direcionamento da produção farmacêutica

de acordo com as necessidades do SUS e para orientar prescrições médicas (BRASIL, 2010a, p. 7-9).

Porém, a gestão centralizada da CEME se mostrou ineficaz para atender à diversidade da demanda que o país apresentava em suas diferentes regiões, visto que os estados e municípios eram excluídos do processo decisório (GOMES, 2011, p. 1). No início da década de 1990, ela cometeu equívocos gerenciais que levaram à perda de grande quantidade de medicamentos, inclusive por falta de planejamento em sua aquisição, o que levou ao vencimento da validade de grande parte do estoque. Ademais, a CEME sofreu denúncias de corrupção, configurando um quadro em que a política estatal de medicamentos era extremamente deficiente e estava “sob responsabilidade de um órgão com sua atuação contestada” (BRASIL, 2002b, p. 9-10). Além disso, o financiamento da CEME era proveniente em grande parte de um convênio firmado com o INAMPS, que foi extinto em 1993, enfraquecendo-a ainda mais. Ainda assim, ela só seria desativada em 1997, nove anos após a criação do SUS, que tem como princípio a descentralização, ou seja, apresenta orientação totalmente contrária àquilo que era preconizado pela CEME (GOMES, 2011, p. 1-2).

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde, almejando suprir a necessidade de medicamentos básicos, promove, ainda em 1997, a implantação do Programa Farmácia Básica (PFB), homônimo e inspirado na Farmácia Básica CEME. Dessa forma, foi realizada mais uma tentativa de garantir acesso a medicamentos às pessoas de baixa renda, o mesmo problema que já havia motivado a criação da CEME. Bastante semelhante ao seu precursor, o PFB tinha como objetivos estimular a produção de medicamentos a baixo custo por parte dos laboratórios oficiais, principalmente àqueles que constavam na RENAME, para adquiri-los e efetuar sua distribuição. Este programa visava ainda atender as necessidades específicas de cada região do país e considerava, inclusive, um sistema de referências de controle de qualidade dos medicamentos divididos geograficamente, ou seja, cada laboratório deveria enviar uma amostra de cada lote de medicamento produzido a uma universidade federal específica, conveniada ao MS e

determinada por critério de proximidade com o laboratório produtor para a realização do controle (BRASIL, 1997b, p. 3-5).

Portanto, começava a existir uma integração da assistência farmacêutica, onde o Ministério da Saúde tinha a responsabilidade de repassar recursos aos laboratórios oficiais para a produção; estes, por sua vez, deveriam produzir e distribuir os medicamentos para as farmácias básicas sob sua abrangência; as secretarias estaduais de saúde funcionavam como apoio técnico aos municípios, além de aumentar a cobertura do programa no respectivo estado de acordo com os recursos recebidos pelo MS; por fim, aos municípios cabia a tarefa de estruturar as farmácias segundo as normas sanitárias vigentes e de se responsabilizar pela realização da distribuição dos medicamentos provenientes deste programa apenas à rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997b, p. 5-8). Entretanto, em 1998, o Programa Farmácia Básica sofreu alterações que provocaram uma redução significativa da participação dos estados e, posteriormente, sua interrupção, o que motivou críticas em relação à desarticulação da assistência farmacêutica no Brasil, principalmente por parte do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007a, p. 41-42).

Nesse mesmo ano, considerando o fracasso de várias políticas e programas anteriores no que diz respeito à política de assistência farmacêutica e a desorganização dos serviços farmacêuticos, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Medicamentos (PNM) através da Portaria Nº 3.916/98. Essa política, assim como todas as políticas de saúde implantadas após a constituição do SUS, está baseada nos princípios e diretrizes deste último e enseja sua consolidação. Não obstante, a PNM possui suas diretrizes específicas, que são as seguintes: utilização da RENAME, que passa a servir de base para a elaboração das listas de medicamentos essenciais para os estados e municípios norteadas em seus critérios epidemiológicos particulares; regulamentação sanitária de medicamentos, o que irá desembocar na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) alguns meses depois; reorientação da assistência farmacêutica, no sentido de ampliar a abrangência desta área, que era responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos e passa a contemplar também ações que facilitem o acesso da população aos

medicamentos essenciais; promoção do uso racional de medicamentos, inclusive promovendo a adequação dos cursos de formação dos profissionais de saúde a essa diretriz; desenvolvimento científico e tecnológico, sendo incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e as pesquisas na área; promoção da produção de medicamentos, estimulando principalmente o apoio à tecnologia necessária em relação aos medicamentos que integram a RENAME; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, outra diretriz que justificaria a criação da ANVISA; e, por fim, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, no intuito de que o SUS possua profissionais qualificados para a produção de medicamentos e promoção de seu uso de modo racional (BRASIL, 2001a, p. 9-20). Cabe destacar a nova concepção de assistência farmacêutica trazida por essa política, que assim a define (BRASIL, 2001a, p. 34):

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

A diretriz da PNM que preconiza a reorientação da assistência farmacêutica teve como um de seus primeiros resultados a criação do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, que, na prática, funciona como sucessor do Programa Farmácia Básica e foi instituído pela Portaria Nº 176/99. De início, é importante pontuar que a atenção básica é compreendida como (BRASIL, 2001b, p. 7)

[...] um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância, executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais comuns (maior prevalência) de dada população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade; atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar.

Somando-se essa definição de atenção básica à concepção de assistência farmacêutica fomentada pela PNM, tem-se a delimitação da

assistência farmacêutica básica, que é “um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde” (BRASIL, 2001b, p. 8).

O Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica determinava que o financiamento de suas ações fosse realizado pelas três esferas de governo, com valores pré-definidos e divididos da seguinte forma: o Ministério da Saúde financiaria, no máximo, a metade dos recursos utilizados com as ações de assistência farmacêutica básica; os dois níveis de gestão restantes deveriam investir, no mínimo, um quarto do valor total cada um. Portanto, para cada R\$ 1,00 empregado pelo Ministério da Saúde em uma determinada cidade, o estado teria que despender, no mínimo, R\$ 0,50, da mesma forma que o município passaria a ter a responsabilidade de investir, pelo menos, R\$ 0,50 em ações e serviços deste setor para sua população. A aplicação desses recursos por parte dos estados e municípios deveria ser acompanhada e aprovada pelos conselhos de saúde, conforme determina a Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1999; BRASIL, 2001b, p. 13).

Dessa forma, os medicamentos que antes eram adquiridos de forma centralizada pelo Governo Federal, passaram a ser comprados pelos estados e municípios com financiamento parcial do Ministério da Saúde, que deveria repassar os recursos através das transferências fundo a fundo, desde que o ente federado destinado a recebê-los estivesse habilitado conforme as exigências da NOB-SUS/96¹² (BRASIL, 2002b, p. 21). Além disso, o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica condicionou o repasse de recursos à adesão dos municípios ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Esse plano é parte integrante do Plano de Assistência Farmacêutica Estadual e contém o elenco estadual de medicamentos, a divisão de responsabilidades entre o estado e os municípios (inclusive a definição dos recursos previstos para cada ano) e a programação para implementação do plano no estado (BRASIL, 1999). Em 2005, a portaria Nº 176/99 é revogada por outra, mais atualizada, que classifica os medicamentos da atenção básica

¹² Os requisitos necessários para que estados e municípios fossem habilitados em gestão plena foram elencados originalmente pela NOB-SUS 01/96, complementados pela Instrução Normativa Nº 01/98 e revistos pela NOAS-SUS 01/01. Posteriormente, eles passaram por mais uma revisão, efetuada pela NOAS-SUS 01/02, que vige atualmente (BRASIL, 2003a, p. 77).

em dois conjuntos: componente estratégico, formado pelos medicamentos considerados básicos e elencados em um rol mínimo a ser disponibilizado pelos municípios; e o componente descentralizado, cuja lista seria definida pelos estados e municípios de acordo com sua demanda e que seriam financiados com recursos do MS, sem prejuízo do incentivo à assistência básica. Essa portaria, por sua vez, é revogada dois anos mais tarde pela publicação de nova portaria sobre o tema, a qual define valores mínimos a serem aplicados na aquisição de medicamentos pertencentes ao elenco de referência, que era, na prática, uma ampliação e atualização do componente estratégico definido pela portaria anterior (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2007b).

Em 2003, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), que será tratada adiante, promovendo grande avanço para o setor. Importa, neste momento, considerar que a partir de suas propostas seria elaborado, no ano seguinte, o Programa Farmácia Popular do Brasil em abril e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em maio. Esta última foi legitimada pela Resolução Nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) objetivando ampliar ainda mais as ações executadas pela assistência farmacêutica, seguindo orientação existente desde a implantação da PNM. Deste modo, a PNAF constituiu-se como uma política norteadora de políticas setoriais, como a política de medicamentos, a política de desenvolvimento industrial e a política de ciência e tecnologia, entre outras (BRASIL, 2006c, p. 10; BRASIL, 2007a, p. 18).

Essa política, que vige atualmente, fomenta maior articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo, portanto, parte integrante da Política Nacional de Saúde, e relaciona-se diretamente com muitos programas, como, por exemplo, os programas estratégicos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). Dentre os eixos que orientam a PNAF, destacam-se os seguintes: garantia de acesso e equidade às ações de saúde, manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde que considerem as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS, modernização e ampliação dos laboratórios farmacêuticos oficiais e pactuação de ações intersetoriais que visem ao desenvolvimento de

tecnologias que atendam às necessidades dos produtos e serviços do SUS (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006c, p. 13-14).

3.2 Avaliação Política do Programa Farmácia Popular do Brasil

A crise do capital supracitada¹³ estendeu-se desde a década de 1970 até a o fim da década de 1980 e deu espaço a uma investida contra o Estado de Bem-Estar Social e à retomada de políticas liberais através de reformas dos Estados Nacionais em vários países do mundo. Essas reformas tinham como principal característica a exigência neoliberal de redução da abrangência de atuação do Estado (SILVA, 2003, p. 66-67).

No Brasil, a adesão ao neoliberalismo foi iniciada no governo de Fernando Collor e consolidada no governo de Fernando Henrique Cardoso, que seguiu as orientações dadas pelo Banco Mundial, pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), através do Consenso de Washington. Em 1995, o Governo Federal criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que foi responsável pela elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que deu início a um conjunto de alterações administrativas e políticas que ficaria conhecido como Reforma Gerencial do Estado, incorporado à Constituição Federal três anos mais tarde, mediante a aprovação da Emenda Constitucional Nº 19/98. Segundo Silva (2003, p. 71), essa “reforma” ocasionou

[...] a desregulação da economia e a flexibilização da legislação do trabalho, a diminuição dos gastos públicos, a privatização das empresas estatais, a abertura do mercado aos investimentos transnacionais, dentre outras medidas.

De acordo com Bresser Pereira (ministro da Reforma do Estado), essa reforma levaria à constituição de um Estado Social-Liberal, pois continuaria a proteger os direitos sociais e utilizaria mais controle de mercado e menos controle administrativo, realizando serviços sociais através de organizações públicas não-estatais competitivas. Os componentes que

¹³ Ver página 41.

permitiriam o desenvolvimento dessa forma do Estado seriam, dentre outros, a redução de tamanho do Estado mediante privatizações, terceirizações e publicizações (transferência de serviços sociais prestados pelo Estado para o setor público não-estatal); e a redução de intervenções estatais através de programas de desregulação (BRASIL, 1997c). Ora, essas medidas estão em acordo com a exigência neoliberal exposta anteriormente, ou seja, redução da atuação estatal, o que representa o caminho que conduz à efetivação de um Estado mínimo.

Não obstante, o Plano Diretor é taxativo ao afirmar que a proposta de um Estado mínimo é irreal, não que fosse indesejada, mas por ser “utópica” (BRASIL, 1995, p. 11). A contradição torna-se ainda mais clara quando são expostos os objetivos do Plano Diretor (BRASIL, 1995, p. 45):

Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada.

Diante disso, urge afirmar que, apesar do fato de que o Governo Federal tentou apresentar o Estado Social-Liberal como uma forma nova e comprometida com as desigualdades sociais e regionais, a Reforma Gerencial promoveu uma nova versão de Estado mínimo, rigorosamente coerente com a proposta neoliberal (SILVA, 2003, p. 78). Essa tese se confirma com a orientação do Plano Diretor de que o Estado não tem como compromisso fundamental a realização de todas as funções demandadas pela sociedade dentro de seu aparelho, mas apenas de facilitar sua realização quando possível, adotando mecanismos inovadores de funcionamento (BRASIL, 1995, p. 49).

Um desses mecanismos está configurado na organização social (OS), que constitui “um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica” (BRASIL, 1998, p. 13). As organizações sociais são entidades sem fins lucrativos que firmaram contrato de gestão com o Estado para administrar bens ou equipamentos; não pertencem à Administração Pública, pois são pessoas jurídicas de direito privado e recebem recursos financeiros para o desempenho

da função de gerenciamento, que deve atingir resultados estabelecidos pelo órgão contratante (BRASIL, 1998, p. 13-14). Apesar de receber recursos do Estado, as OS's são financiadas ainda por "compra de serviços e doações por parte da sociedade" (BRASIL, 1998, p. 14), ou seja, elas utilizam o mesmo mecanismo de copagamento que serviu de base para o PFPB alguns anos depois.

Dessa forma, a conjuntura que inclui o neoliberalismo, a Reforma Gerencial e a busca pela implementação de um Estado mínimo, que promove o fortalecimento do setor público não-estatal, representam o principal determinante para a implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Dez anos antes dessa implantação, o deputado Eduardo Jorge (PT/SP) elaborou o Projeto de Lei Nº 4.702/94 com a proposta de criação de farmácias populares em um modelo de franquias que seriam geridas pela iniciativa privada e fiscalizadas pelo Governo Federal. Essas farmácias teriam a venda de medicamentos genéricos como prioridade e preços abaixo do valor de mercado como regra.

Esse projeto foi arquivado em fevereiro de 1995 sem ter sido avaliado por nenhuma das comissões da Câmara dos Deputados. Vinte dias depois, ocorreu seu desarquivamento e após dois anos de tramitação ele foi aprovado pela Comissão de Desenvolvimento, Indústria e Comércio em outubro de 1997. Enviado à Comissão de Seguridade Social e Família, fora novamente arquivado em fevereiro de 1999. Após outro desarquivamento, recebeu aprovação da Comissão de Seguridade Social e Família em maio de 2000 e da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania em dezembro de 2002. Fora, então, enviado ao Senado Federal, onde foi transformado no Projeto de Lei da Câmara Nº 30/03 no dia 22 de maio de 2003.

No ano seguinte foi aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania no dia 12 de maio, ou seja, após a implantação do PFPB. Não obstante, foi encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais, da qual recebeu parecer contrário em fevereiro de 2006 e definitivamente arquivado em abril do mesmo ano. O parecer do Senado Federal baseou-se na existência do PFPB e no fato do PLC Nº 30/03 propor um sistema de franquias, o que não fora bem recebido pelo Governo Federal.

Apesar do PL Nº 4.702/94 não ter dado origem ao PFPB, como visto acima, é importante citá-lo para esclarecer que, mesmo sem fazer referência oficial ao projeto do Deputado Eduardo Jorge, o programa em questão não pode ter sido concebido sem influência dele, visto que o conteúdo do programa é essencialmente o mesmo do projeto de lei, ressalvadas as diferenças no que tange à engenharia que este propunha. Portanto, esse projeto pode ser considerado como um dos condicionantes que levaram à formulação do programa em pauta.

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, houve críticas e questionamentos acerca da política de assistência farmacêutica devido a todo o contexto da época, já mencionado neste trabalho. Por essa razão, um dos encaminhamentos desse espaço foi a realização de uma conferência temática sobre assistência farmacêutica. Esta proposta seria posta em prática três anos mais tarde, quando foi organizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Ela promoveu discussões acerca de acesso, recursos humanos, políticas de preços, farmácia popular, entre outros, o que mostra a amplitude com a qual a conferência foi desenvolvida, apesar de ter sido convocada para um tema específico. Não resta dúvida que isso explicita que qualquer tópico a ser considerado dentro da saúde deve ser considerado de maneira integral, incluindo todos os serviços que compõem o SUS enquanto rede.

Dentre as propostas aprovadas na CNMAF, elenco a seguir algumas das mais importantes no que tange ao acesso à assistência farmacêutica: a garantia do acesso deve ocorrer através da implantação e organização de serviços farmacêuticos, deve haver financiamento para a estruturação desses serviços, ampliar o acesso a medicamentos da atenção básica, assegurar o direito constitucional de acesso a medicamentos aos pacientes atendidos pelo SUS, estimular o desenvolvimento de medicamentos genéricos, garantir o acesso aos medicamentos na quantidade necessária e suficiente, que o MS promova assistência farmacêutica à classe trabalhadora de modo complementar à assistência médica custeada pelas empresas, excluir a fragmentação de programas para garantir a integralidade da assistência

farmacêutica e implantar farmácias municipais comunitárias (BRASIL, 2005b, p.44-58).

O Programa Farmácia Popular do Brasil representa atualmente o grande ícone no que se refere a programas que utilizam o sistema de copagamento no país. Apesar disso, podem ser elencadas outras experiências, baseadas nesse mecanismo, anteriores ao PFPB, como o Programa Farmácia Popular Vital Brazil do estado do Rio de Janeiro e, com maior destaque, o Programa Farmácia LAFEPE do estado de Pernambuco, que serviu inclusive como orientação para a criação do Programa Farmácia de Todos do estado do Rio Grande do Norte, que também utilizou o copagamento. O programa pernambucano foi resultado de uma parceria entre o Governo do Estado de Pernambuco e o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) firmada em 2001 com o objetivo de comercializar os produtos produzidos pelo LAFEPE a preços baixos em farmácias credenciadas por esse laboratório.

No ano de 2003 foi iniciado o governo de Luís Inácio da Silva (Lula), que tinha como principais bandeiras as questões da fome, do desemprego e da saúde. Esta última enfatizava a questão da dificuldade de acesso da população brasileira aos medicamentos. Respectivamente, os programas que pretendiam resolver os grandes problemas apontados pelo ex-presidente seriam o Fome Zero, o Primeiro Emprego e o Farmácia Popular do Brasil.

Portanto, o PFPB tem como marcos institucionais o PL N° 4.702/94, o modelo do Programa Farmácia LAFEPE, a posição estratégica da assistência farmacêutica como uma das principais metas do Governo Lula e as propostas elaboradas na CNMAF (FERREIRA, 2007, p. 65-66). Reunidos esses elementos, Humberto Costa, então Ministro da Saúde, elaborou a Exposição de Motivos N° 0097 em novembro de 2003, solicitando a adoção de uma medida provisória que criasse farmácias populares a serem geridas pela Fundação Oswaldo Cruz. Esta é uma fundação vinculada ao Ministério da Saúde, fundada em 1900 com o objetivo de solucionar as questões de saúde pública existentes à época e que, atualmente, funciona também como instituição formadora de profissionais especializados em saúde pública. A proposta de MP mencionada resultou na adoção da Medida Provisória N° 154/03, que autorizou

a Fiocruz a disponibilizar o excedente de sua produção mediante ressarcimento do valor correspondente ao custo final do produto, em respeito ao preceito de não-lucratividade presente na EM N° 0097/03. A MP N° 154/03 fora transformada no Projeto de Lei de Conversão N° 16/04, que, por sua vez, deu origem à Lei 10.858/04, que criou o Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2003b, BRASIL, 2003c).

Outro ponto que merece realce é a posição de Gastão Wagner (ex-secretário executivo do Ministério da Saúde) acerca da prioridade dada a esse programa no momento de sua implantação, que, segundo ele, serviu como marca do governo pelo fato de ser novo, enquanto o Programa Saúde da Família, que já existia antes do Governo Lula, não tinha o mesmo apelo midiático (PINHO, 2011). Isso revela como o programa de governo foi decisivo para a implantação do PFPB, devido a seu grande potencial publicitário.

Esse potencial foi colocado em prática mediante a associação do novo programa ao novo governo. A logomarca oficial do programa (Anexo 1) é composta por uma bandeira do Brasil que possui o círculo transformado em um comprimido e a faixa transformada em seu sulco. Essa imagem fica sobreposta a um fundo vermelho, que é a cor característica do Partido dos Trabalhadores, ao qual o ex-presidente Lula é filiado. Além disso, todas as farmácias populares da Rede Própria do programa devem seguir um padrão em que predomina a cor vermelha, discretamente no interior e de forma ostensiva na fachada (Anexo 2).

Com a implantação do eixo Aqui Tem Farmácia Popular, a propaganda do programa centrou-se na questão do “desconto” que o usuário pode obter em relação a um medicamento quando seu valor é comparado ao que é cobrado na rede privada. Como a redução do preço pode chegar a até 90% do valor, esse percentual é bastante explorado pelo Governo Federal e pelas farmácias conveniadas (Anexos 3 a 6). Faz parte ainda do material de divulgação obrigatório das farmácias conveniadas um *banner* (Anexo 7) com a frase “Aqui Tem Farmácia Popular”, que passou a ser utilizada como estratégia de *marketing* por essas farmácias, no intuito de diferenciá-las das farmácias não-conveniadas com o programa. O Governo Federal também contribui para

essa diferenciação, pois atualmente recomenda, através de vídeos¹⁴ televisionados e disponíveis na internet, que a marca “Aqui Tem Farmácia Popular” seja procurada pelos cidadãos.

A partir do lançamento da campanha Saúde Não Tem Preço, o foco da propaganda foi direcionado para os medicamentos que são distribuídos sem ressarcimento por parte dos usuários, ou de graça, como afirma o Governo Federal (Anexos 8 a 11), inclusive usando a imagem de artistas famosos na estratégia de divulgação da campanha (Anexos 12 e 13). Por fim, em outro *banner* institucional do programa (Anexo 14) pode ser observada a seguinte afirmação: “O Governo Federal paga para você 100% nos principais medicamentos para hipertensão e diabetes e até 90% para os de várias outras indicações”. Em verdade, a população brasileira é quem paga 100% de todos os medicamentos e o usuário que paga os 10% restantes dos medicamentos destinados às outras indicações está sofrendo uma bitributação.

Desde a primeira proposta de criação do PFPB (EM Nº 0097/03) até sua regulamentação, e também no discurso oficial do Governo Federal após sua implantação, uma posição é repetida: a distribuição de medicamentos nas farmácias populares não afetará o abastecimento da rede do SUS. Entretanto, Gilson Carvalho (2004, p. 173) alerta que os recursos utilizados para financiar o programa só podem ser administrados pelo FNS, ou seja, a fonte de verbas é a mesma dos recursos alocados com as unidades básicas de saúde, que dispensam medicamentos de forma gratuita. A EC Nº 29/00 vinculou recursos para a área de saúde, mas não para programas ou ações específicas, portanto, não se pode garantir que os recursos utilizados com o PFPB não prejudicam o abastecimento das farmácias básicas de postos de saúde e hospitais do SUS.

De fato, a criação da campanha Saúde Não Tem Preço, segundo o atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, só foi possível pela economia de R\$ 1,7 bilhão do montante destinado à saúde para o ano de 2011¹⁵. Ora, se essa campanha foi criada com economia de recursos do Ministério da Saúde,

¹⁴ Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=RwrhgviqVZM>> e <<http://www.youtube.com/watch?v=ZgddUqVJX8c>>. Acesso em: 24/03/2012.

¹⁵ Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2012/02/nao-podemos-ficar-esperando-os-recursos-virem-do-ceu-diz-ministro.html>>. Acesso em: 16/02/2012.

pode-se concluir que os recursos que lhe deram origem não foram utilizados para abastecer hospitais e farmácias básicas, da mesma forma que os recursos do PFPB poderiam ter outro destino, se assim optasse o Governo Federal. Conclui-se, dessa forma, que não se trata de um prejuízo direto, visto que os recursos não são desviados das unidades básicas para o PFPB. Porém, os valores alocados com esse programa poderiam ser utilizados para fortalecer o SUS e aumentar o estoque de medicamentos distribuídos gratuitamente, o que resulta em prejuízo indireto provocado pela opção de alocar recursos no PFPB e não em outros, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família.

Contudo, a opção pela implantação do PFPB está diretamente relacionada à orientação neoliberal de fomento às organizações sociais promovida pelo Estado brasileiro a partir da Reforma Gerencial. Essa relação causal pode ser observada no trecho do Plano Diretor transposto a seguir, que trata das OS's: "Adicionalmente se busca uma maior parceria com a sociedade, que deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados" (BRASIL, 1995, p. 60). Esse é o sistema de copagamento, e as farmácias populares, apesar de não se constituírem como organizações sociais¹⁶, estão baseadas fundamentalmente nesse mecanismo.

O referencial ético-político do Programa Farmácia Popular do Brasil é nebuloso. Não existe um documento que trate especificamente do tema, exceto o Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil, publicado um ano após sua implantação. Ademais, esse documento tem muitas informações sobre adesão ao programa e sua gestão, mas poucas informações sobre a base e os princípios nos quais ele está fundamentado. Dessa forma, é necessário recorrer a outras fontes na tentativa de reconstruir o referencial que fundamenta o programa. Uma delas é o discurso¹⁷ de inauguração do PFPB, proferido por Lula em Salvador. Nele, o então Presidente da República declarou que

¹⁶ O que não exclui sua relação com elas, visto que as farmácias populares podem ser administradas por organizações sociais de saúde.

¹⁷ Agência Brasil. Disponível em: <http://www.sergiobc.com.br/discursos/disc_lula.pdf>. Acesso em: 14/02/2012.

Possivelmente, algumas pessoas não saibam a importância disso; possivelmente quem nunca teve dificuldade de comprar um remédio, não sabe a importância disso; quem nunca viu um parente morrer tendo a receita colocada dentro da gaveta de um criado-mudo ou embaixo do travesseiro por falta de dois, três ou um real para comprar o remédio.

Essa fala repercutiu em diversos meios de comunicação na época, e ficou marcada como representação da vontade do Governo Federal em implantar o programa. Fica claro através da análise dessa posição política a tentativa de promoção de equidade social. Em verdade, não existem diretrizes específicas do PFPB (como ocorre com a PNM, por exemplo), donde se conclui que ele tem como referencial as diretrizes do próprio SUS, que devem ser respeitadas e servem de norte para qualquer ação ou serviço de saúde pública atualmente. Isso pode ser confirmado mediante análise do disposto no trecho a seguir, retirado do Manual Básico (BRASIL, 2005a):

Consoante ao disposto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto se reafirmam os princípios da universalidade, integralidade e equidade, conjugando-os com a pressuposição do caráter complementar do setor privado, colabora-se na adoção de medidas destinadas a assegurar o acesso universal a um elenco de medicamentos classificados como essenciais, fortalecendo as estruturas dos serviços públicos de saúde.

Portanto, os princípios que fundamentam o PFPB são aqueles comumente elencados como princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Para avaliar a relação do programa com o princípio da universalidade, é preciso ter em mente que, por maior alcance que ele possa ter, ainda existirá um número de pessoas desprovidas da quantia necessária à aquisição dos medicamentos nas farmácias populares, limitando-as a buscá-los em unidades de distribuição gratuita. Desse modo, uma parte da população teria acesso ao PFPB e outra parte não. Faz-se importante notar que não importa o percentual de pessoas que não terão acesso, visto que se apenas uma não tiver determinado serviço público à sua disposição quando necessário, essa política não poderá ser considerada universal. Essa necessidade é determinada, segundo Dupuy e Karsenty (1979) por um limiar de morbidez que faz com que um indivíduo procure por serviços de saúde. Tal

limiar considera muitas variantes, como o tempo que será despendido, a intensidade da dor, a categoria sócio-profissional, o preço do serviço, entre outras.

Esses autores afirmam também que a variante econômica tem pouca influência sobre o limiar, exceto para as pessoas com nível de renda muito baixo. São exatamente esses os cidadãos que não terão acesso ao PFPB, fazendo com que ele não seja universal. Ainda sobre o limiar de morbidez, cabe ressaltar que ele funciona como um “freio”, que é constituído principalmente por fatores sociais e culturais (DUPUY e KARSENTY, 1979, p. 13). A questão exposta nesse estudo se configura no momento em que os fatores sociais e culturais são superados, mas o fator com menos influência – o econômico – impede o acesso ao programa. Portanto, mesmo sendo um valor baixo, o copagamento faz com que o limiar, que geralmente funciona como um freio, passe a funcionar como um muro para alguns cidadãos.

Ciente dessa situação, o CONASS enviou um ofício¹⁸ ao Ministério da Saúde logo após a implantação do programa, questionando se o PFPB não feria o princípio da universalidade pelo fato de exigir o copagamento de seus usuários. Outro temor desse conselho era a abertura de um precedente que permitisse a expansão do copagamento para além da assistência farmacêutica, atingindo à assistência à saúde como um todo (O'DWYER, 2004, p. 8-9). A argumentação do Governo Federal repousou uma vez mais no fato de o PFPB haver sido concebido com a preocupação de que não houvesse prejuízo ao abastecimento da rede pública nacional do SUS. Entretanto, todas as ações e serviços do SUS devem ser universais, mesmo compondo uma rede de serviços, um programa não pode ser desviado do princípio da universalidade com a justificativa de ser complementar a outro programa, pois a consequência disso é traduzida no receio do CONASS de que haja proliferação de ações que desrespeitem esse princípio, como o faz o PFPB.

No que concerne ao princípio da integralidade, o Programa Farmácia Popular do Brasil é uma tentativa de garantir que a assistência farmacêutica não deixe de fazer parte do tratamento do indivíduo. Urge afirmar que o público-alvo do programa são os pacientes atendidos em redes privadas

¹⁸ Ofício CONASS Nº 194/04.

(BRASIL, 2004c). Levando em consideração que muitos deles não terão possibilidade de dar continuidade ao tratamento mediante aquisição dos medicamentos também na rede privada, eles precisam recorrer ao SUS para obtê-los. Dessa forma, o PFPB é uma possibilidade a mais no sentido de efetivar o atendimento integral do paciente. Além disso, a aquisição de medicamentos no PFPB só é possível mediante a apresentação de receita médica e dispensação por profissional farmacêutico, o que significa que existe um mecanismo de referência que está em acordo com a concepção de um sistema com ações articuladas, que é essencial para o alcance da integralidade. Entretanto, destaco que o SUS preconiza “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990a), o que significa que todos os cidadãos têm direito à integralidade. Considerando que o SUS é um emaranhado de ações e serviços, a lesão ao princípio da universalidade vicia todos os outros, pois nenhum deles pode ser tomado de forma isolada, visto que o sistema é um conjunto (CARVALHO, 2004, p. 174-175).

A materialização do princípio da integralidade se dá no acesso a todos os níveis de complexidade e o PFPB permite que isso ocorra apenas para uma parte restrita da população. No entanto, o SUS deve garantir integralidade a todos, o que seria fortalecido pelo programa, caso ele fosse universal. Porém, como visto, ele não é.

O sistema de copagamento do PFPB contrapõe-se ao terceiro princípio que o fundamenta. Como já visto, a equidade implica a promoção de atendimento equânime, priorizando aqueles que necessitam dos serviços com mais urgência ou em maior proporção. Por um lado, a redução de preços proporcionada pelo programa poderia levar à conclusão de equidade quando seu público-alvo fosse comparado às pessoas com maior poder aquisitivo, que representam o maior contingente de consumidores de farmácias privadas. Entretanto, para que fosse respeitado o princípio da equidade, os cidadãos com menor renda deveriam ter possibilidades ainda maiores que qualquer outra, para que, assim, fossem superadas as desigualdades existentes entre todas elas, criando condições iguais de acesso ao medicamento. Contudo, não é o que ocorre no PFPB, visto que a possibilidade de aquisição dos medicamentos pelas pessoas com baixa renda ainda recai sobre a Assistência Farmacêutica

Básica do SUS, em postos de saúde e hospitais, onde o estoque, geralmente, não atende toda a demanda.

Para dar prosseguimento à avaliação do PFPB, oriento o foco, neste momento, para a engenharia utilizada na construção do programa. O Governo Federal afirma que ele funciona através da disponibilização de medicamentos mediante ressarcimento. (BRASIL, 2004a). Gilson Carvalho (2004, p. 174) afirma que isso é um eufemismo que suaviza o verdadeiro conceito desse mecanismo: venda. Há de se considerar que a venda pressupõe a obtenção de lucro, porém o MS pode estabelecer convênios com entidades privadas mediante ressarcimento apenas dos custos de produção e aquisição do medicamento (BRASIL, 2004c). Portanto, cabe a questão: qual seria o interesse de participação de uma entidade privada em convênio com o programa sem a possibilidade de obtenção de lucros?

Em busca dessa resposta é necessário analisar outro aspecto da relação entre os setores público e privado no Brasil: o modelo de parceria público-privada (PPP). Essa forma de parceria foi iniciada com a aprovação da Lei Nº 10.257/01 (Estatuto das Cidades), orientada especificamente para a política urbana brasileira, e consolidada através da Lei Nº 11.079/04, que estende esse modelo a todas as áreas da Administração Pública. Trata-se, segundo Brito e Silveira (2005, p. 8-9), de

[...] uma forma de provisão de infra-estruturas e serviços públicos em que o parceiro privado é responsável pela elaboração do projeto, financiamento, construção e operação de ativos, que posteriormente são transferidos ao estado. O setor público torna-se parceiro na medida em que ele é comprador, no todo ou em parte, do serviço disponibilizado. O controle do contrato passa a ser por meio de indicadores relacionados ao desempenho na prestação do serviço, e não mais ao controle físico-financeiro de obra.

Esse modelo é mais um produto das determinações neoliberais adotadas pelo Brasil em direção ao Estado mínimo, portanto, resulta do mesmo processo de reforma que instituiu as privatizações. Ele pode ocorrer na modalidade concessão patrocinada, que é a concessão de serviços públicos que envolvam uma tarifa cobrada dos usuários, além da contraprestação pecuniária fornecida pelo setor público; e na modalidade concessão

administrativa, que é a concessão de serviço público em que a própria Administração Pública é a usuária, direta ou indiretamente (BRASIL, 2004d).

Cabe lembrar que a Portaria Nº 491/06, que expandiu o programa, permitiu a adesão a ele por parte de farmácias privadas, ampliando a participação da iniciativa privada, que já ocorria em relação à produção de medicamentos, na figura dos laboratórios, e passou, a partir de então, a ocorrer também em sua distribuição, realizada pelas farmácias conveniadas. Essa portaria fora revogada pela Portaria Nº 3.089/09, que, por sua vez, foi revogada pela Portaria Nº 184/11, que está em vigência atualmente. Esta última inaugurou a campanha Saúde Não Tem Preço, vinculada ao Programa Farmácia Popular do Brasil, mas informalmente tratada como outro programa atualmente. Esse dispositivo obriga a dispensação gratuita de determinados medicamentos utilizados no combate à hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Por um lado, a campanha Saúde Não Tem Preço foi um grande passo na busca por efetivação da universalidade da assistência farmacêutica. Por outro lado, ela foi baseada no modelo de PPP na modalidade concessão administrativa, em que, conforme exposto anteriormente, o usuário da prestação do serviço é a própria Administração Pública, que o faz com o objetivo de disponibilizá-lo de modo gratuito à população, exatamente o que ocorre no caso da campanha Saúde Não Tem Preço. Isso representou um passo a menos na construção de um sistema público de saúde, pois mesmo quando o usuário recebe o medicamento de maneira gratuita, o setor privado não deixa de ser beneficiado.

Para esclarecer a relação entre essa campanha e o setor privado, cabe apontar que ela é fruto de um acordo entre o MS e sete entidades da indústria farmacêutica e do comércio varejista, a saber: a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC), a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (PRÓ GENÉRICOS), o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARMA), a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA), a Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA) e a Federação Brasileira das Redes Associativistas de

Farmácias (FEBRAFAR)¹⁹. Apesar de algumas dessas entidades não apresentarem fins lucrativos, não se pode desconsiderar o fato de que elas reúnem um grande número de laboratórios e farmácias como membros associados, o que indica que a campanha Saúde Não Tem Preço se fundamenta em uma forte parceria com o setor privado.

Entretanto, ao contrário do que determina o Decreto Nº 5.090/04, a participação privada não se limita a auferir os valores correspondentes ao custo da produção, o que pode ser comprovado pelo seguinte exemplo: em 2010, o MS pagou R\$ 3,80 por cada unidade de insulina distribuída pelas farmácias credenciadas. No ano de 2011, após o início da campanha Saúde Não Tem Preço, o mesmo produto era adquirido pelo MS por R\$ 26,55. O motivo é que esses medicamentos não foram adquiridos por licitação, mas pagos diretamente às farmácias credenciadas em baixa escala, o que eleva seu preço final (BRASIL, 2011b, p. 20; PINHO, 2011). Esse não é um caso isolado, o valor de referência adotado para a aquisição de medicamentos via PFPB é significativamente superior ao valor mediano utilizado para obtenção de medicamentos via Assistência Farmacêutica Básica pelas secretarias municipais de saúde. Além disso, o MS sequer promoveu qualquer tipo de pesquisa que possa justificar o custo-efetividade do PFPB em comparação com o PFB (BRASIL, 2011b, p. 20). Essa é uma das várias situações em que há utilização de recursos estatais para a acumulação de capital por parte do setor privado, que fora o verdadeiro motivo da origem da crise fiscal da década de 1970²⁰, mecanismo encoberto à época e “reinventado” atualmente (SILVA, 2003, p. 76).

O sistema de copagamento é bastante polêmico pelo fato de não encontrar respaldo legal na Constituição Federal. Esta permite a participação de instituições privadas no SUS, mas veda a utilização de recursos públicos como auxílio ou subvenção àquelas que tenham fins lucrativos. Além disso, a EC Nº 29/00 afirma que só podem ser consideradas despesas com ações e

¹⁹ Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_are a=124&CO_NOTICIA=12168>. Acesso em: 20/07/2011.

²⁰ Ver página 41.

serviços públicos de saúde aquelas que “sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito”. Como faz parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o PFPB deveria seguir esse mecanismo. Contudo, ele promove uma bitributação em relação a um benefício que já fora custeado pela população, visto que o Fundo Nacional de Saúde é financiado com recursos provenientes de diversos impostos pagos pela população brasileira. Ademais, o copagamento fere o princípio da universalidade, e a mesma EC Nº 29/00 afirma que não são consideradas despesas com serviços de saúde pública aquelas em que a assistência à saúde não atenda ao princípio da universalidade (BRASIL, 2002a, p. 23-25; BRASIL, 2009b). Dessa forma, conclui-se que o sistema de copagamento faz com que o Programa Farmácia Popular do Brasil seja inconstitucional. Constata-se essa que, apesar de seu grande impacto, visto que é uma afronta à Carta Magna, passa despercebida há muitos anos pelos órgãos responsáveis pela defesa dos direitos do povo. Gilson Carvalho (2011) chegou a questionar se viverá pra ver alguma ação do Ministério Público Federal (MPF) ou do Tribunal de Contas da União (TCU) contra a bitributação promovida pelo PFPB.

A resposta à pergunta do sanitarista veio com uma representação do TCU em 2010. Nesse documento, a Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo (SEPROG) do TCU questiona o MS acerca da concessão de subvenções econômicas para a rede privada, através do Decreto Nº 5090/04, o que seria ilegal, visto que a lei que ele regulamenta não prevê esse mecanismo, donde se conclui que o parágrafo 2º do artigo 1º desse decreto configura uma extrapolação à Lei Nº 10.858/04. Como confirmação de que o decreto ignorou a disposição legal, o então Presidente da República, Luís Inácio da Silva, enviou o PL Nº 5.235/05 no ano seguinte à Câmara dos Deputados, na tentativa de instituir a subvenção econômica para a disponibilização de medicamentos em estabelecimentos farmacêuticos varejistas privados, algo que só poderia ocorrer mediante aprovação de lei específica para tal, como estabelece a Lei Nº 4.320/64, que fora recepcionada pela CF/88. Porém, mesmo antes de finalizada a tramitação do projeto de lei, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria Nº 491/06, levando o Presidente Lula a retirar o PL Nº 5.235/05, afirmando que tal portaria permitiria a participação de

farmácias privadas na execução do PFPB. A justificativa para tal entendimento foi dada pelo Ministério da Saúde na forma de três pareceres que concluíam que os valores repassados às farmácias privadas não caracterizavam subvenções (BRASIL, 2010b, p. 3-6).

O TCU, entretanto, teve entendimento contrário, afirmando que a transferência de recursos públicos prevista na portaria é uma espécie de subvenção, reiterando que ela não tinha autorização legal. Nas palavras de Paulo Gonçalves, um dos gerentes da SEPROG (BRASIL, 2010b, p. 13):

Nesse sentido, entende-se necessária a célere atuação do Ministério da Saúde em sanar a deficiência apontada neste processo de representação, de modo a evitar futuras contestações e questionamento jurídico quanto à ilegalidade do Programa Farmácia Popular – Sistema de Copagamento.

Dessa forma, a bitributação imposta pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, além de inconstitucional, é ilegal. O que causa estranheza em relação à posição tomada pelo TCU é que ele parece ignorar o disposto no parágrafo 2º do artigo 199º da CF/88, que impede a destinação de recursos públicos para conceder subvenções a instituições privadas com fins lucrativos. Portanto, mesmo que o MS seguisse a recomendação do TCU e esperasse a aprovação da lei que permitiria a realização dos subsídios, ela ainda estaria em confronto com a Constituição Federal, o que impossibilitaria a utilização desse mecanismo. No entanto, mesmo sem respaldo legal ou constitucional, ele continua sendo utilizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo o percurso exposto nesse trabalho, desde a crise de 1929, que colocou o sistema capitalista em xeque, passando pela constituição do Estado de Bem-Estar, até chegar ao Estado Neoliberal e suas políticas de redução das intervenções estatais, acredito ter situado o leitor em relação ao contexto no qual ocorreram: a privatização da saúde no Brasil; a Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde; e o desenvolvimento de políticas de saúde baseadas em um modelo de

prestação de serviços executada pelo chamado setor público não-estatal, dentre as quais faz parte o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Dentre os objetivos elencados no intuito de realizar uma avaliação política de tal programa, considero satisfatórias as conclusões tiradas em relação a dois deles: a avaliação da opção do Estado em implantar o PFPB em vez de destinar mais recursos a unidades de fornecimento gratuito de medicamentos e a avaliação da relação do sistema de copagamento do programa com a Constituição Federal. No que tange ao primeiro, a análise das diretrizes estabelecidas pela Reforma Gerencial de 1995 não nos permite confundir o real propósito da implantação do programa, ou seja, transferir para a população brasileira uma responsabilidade que é do Estado, o que é feito, segundo o Plano Diretor (BRASIL, 1995, p. 13), por meio de “parcerias” com a sociedade. Acerca do segundo objetivo, pondero tê-lo alcançado porque há um confronto muito claro do sistema de copagamento com a Constituição Federal, além da extrapolação que esse mecanismo comete no que diz respeito à Lei Nº 10.858/04, que institui o programa.

Os outros dois objetivos apresentaram desenvolvimento mais tortuoso. Analisar o referencial ético-político e os princípios de justiça social do programa foi uma tarefa dificultada pela escassa produção oficial tratando do tema, e ainda pelo fato de que nenhum documento deixa claro que os princípios doutrinários do SUS foram aqueles que serviram de fundamentação para a formulação do PFPB. Conforme dito, todos os serviços e ações em saúde devem estar necessariamente submetidos a esses princípios, mas o programa em pauta promove lesão a todos eles, o que obscurece ainda mais a delimitação de seu referencial. Por sua vez, o objetivo de investigar a relação do PFPB com a iniciativa privada também deixou lacunas. Observo que foi possível atingir o ponto central almejado através da demonstração do conflito entre a determinação do Decreto 5.090/04 de que o ressarcimento deve se limitar aos custos de produção e aquisição (Art. 2º, parágrafo único) e a obtenção de lucro por parte das farmácias conveniadas. Além disso, a implantação da campanha Saúde Não Tem Preço, sob a forma de concessão administrativa, criada pela lei que institui o modelo de PPP, é outro fator que denuncia a relação do programa com o setor privado. Todavia, receio que

muitos outros elementos importantes para o aprofundamento dessa questão possam estar ausentes, seja por terem sido ignorados, seja porque são mascarados, pois, para manter as condições de acumulação do capital, o Estado não permite que sejam revelados os mecanismos que reproduzem esse processo (O'CONNOR, 1977; OFFE, 1984 *apud* SILVA, 2003, p. 76).

Para encerrar esta avaliação, é preciso reiterar a relação entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e os princípios do Sistema Único de Saúde. Antes de tudo, cabe realçar que o PFPB faz parte do SUS como integrante da PNAF, logo deveria estar subordinado aos seus princípios e às suas diretrizes. Entretanto, como o programa fere os três princípios doutrinários do SUS, ele não está congruente com o que preconiza a saúde pública do país. Ademais, a expansão do programa, ocorrida em 2006, vai contra a determinação de que os recursos do SUS não possam ser utilizados para subsidiar instituições privadas com fins lucrativos, o que ocorre no eixo Aqui Tem Farmácia Popular.

Finalmente, está implícita uma competição de recursos entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, visto que ambos os programas são financiados com receitas provenientes do Fundo Nacional de Saúde. Portanto, é imprescindível que seja realizado um diagnóstico que justifique a escolha da implantação do PFPB, pois até hoje não há respaldo empírico que aponte melhor custo-benefício deste programa em detrimento da destinação de maior volume de recursos para o fortalecimento das unidades básicas do SUS, onde a dispensação de medicamentos é gratuita (BRASIL, 2011b, p. 24).

O Sistema Único de Saúde herdou uma estrutura em que o setor privado tinha grande participação, o que representa um grande obstáculo a ser superado para que seja possível o oferecimento de serviços não apenas financiados por recursos públicos, mas verdadeiramente públicos (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 1598). Outro grande desafio está configurado na questão da política de assistência farmacêutica, principalmente na questão de medicamentos. Há de ser estimulado o investimento em políticas de desenvolvimento industrial do setor farmacêutico brasileiro no intuito de reduzir o valor dos medicamentos e de alcançar a independência em relação aos

laboratórios multinacionais (GRANJEIRO *et al.*, 2006, p. 25). Para isso, é essencial maior aporte de recursos em pesquisa e desenvolvimento de princípios ativos, principalmente fitoterápicos, aproveitando o grande potencial da flora brasileira. Além disso, o investimento deve ser realizado no setor público, elevando os laboratórios oficiais à condição de grandes produtores de medicamentos não apenas contra as doenças negligenciadas, mas também de parte significativa dos medicamentos essenciais, caso contrário, a situação de dependência em relação ao setor privado se perpetuará.

Não resta dúvida que superar tais óbices é ainda mais difícil pela política neoliberal que vem sendo implementada pelo Estado brasileiro, que mantém relação intrínseca com o próprio monopólio praticado pelas multinacionais. Um exemplo disso é que o setor monopolista necessita que sejam realizados investimentos sociais para ter condições de expandir sua produção, mas essa despesa é custeada pelo Estado, que, dessa forma, socializa os custos da produção através da arrecadação de impostos (O'CONNOR, 1977, p. 41 *apud* ARRETCHE, 1995, p. 14).

Outra questão importante acerca do Estado diz respeito à priorização do pagamento da dívida externa em detrimento de políticas sociais. A questão não é nova. Uma das propostas da 8ª CNS, ou seja, resultado de discussões iniciadas muitos anos antes, trazia de forma contundente a sugestão de “suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa” (BRASIL, 1986, p. 8). Isso nunca aconteceu. Para exemplificar o rombo que o pagamento da dívida externa proporciona ao país, basta informar que o Projeto de Lei Orçamentária aprovado pelo Congresso Nacional para o ano de 2012 contempla um montante superior a R\$ 1 trilhão²¹ para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, o que representa 47,19% de todo o orçamento da União. Enquanto isso, o percentual destinado à saúde é inferior a 4%, como já mencionado²². Enquanto o Estado brasileiro utilizar quase metade de seus

²¹ Folha Online. Disponível em: <http://www.divida-auditoriacidada.org.br/config/artigo.2011-12-21.1595011869/document_view>. Acesso em: 03/02/2012.

²² Ver página 24.

recursos para financiar a acumulação de capital, a suposta proteção social às classes dominadas continuará fundamentada na concepção de mínimos sociais. Por sua vez, essa situação dificulta a participação democrática, que exige condições básicas de saúde, educação, segurança, cultura, entre outros fatores, para que possa ser efetivada.

Dessa forma, somente mediante a ruptura da concepção de mínimos sociais, substituída pelo estabelecimento de provisões básicas como bens, serviços e direitos, pode propiciar à população capacidade de escolha, de decisão, de atuação e de criticidade (PEREIRA, 2008, p. 31). Enquanto o ideário de mínimos sociais não for superado a participação popular vai continuar se restringindo a grupos que atuam como focos de resistência em meio a todo o universo de usuários dos programas sociais. Diante disso, é necessário que a sociedade, principalmente a classe trabalhadora, ocupe espaço em posições estratégicas de conflito, como os conselhos municipais, que representam atualmente o principal instrumento de exercício do controle social. Todavia, não é uma luta fácil, principalmente pelo fato de que os conselhos fazem parte do aparelho do Estado, o que cria grandes dificuldades para a conquista e garantia de direitos que estejam em conflito com a “cartilha” neoliberal. O Estado mínimo que ela preconiza é tanto mais resistente ao controle social da população quanto mais forte aquele for (SILVA, 2003, p. 79). Um exemplo dessa força foi a “contra-reforma tributária”, iniciada no Governo FHC e continuada no Governo Lula, baseada em uma estrutura regressiva no que concerne ao seu financiamento. Dessa forma, um dos direitos que hão de ser recuperados é o caráter progressivo do financiamento do Fundo Público, como preconizado pela CF/88, o que só pode ser realizado mediante uma nova reforma tributária, que seja baseada em valores como justiça social e fiscal, promovendo justa distribuição de renda (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 1607; SALVADOR, 2010a, p. 617).

Todos esses elementos expostos acima (o Estado Neoliberal, a priorização do pagamento da dívida externa, a concepção de mínimos sociais e a contra-reforma tributária) tanto determinam o modo como é orientada a política de assistência farmacêutica, quanto contribuem para a configuração de uma realidade desesperadora para grande parte da população. Com a

contribuição dada pelo Programa Farmácia Popular do Brasil ao enfraquecimento do caráter público do Sistema Único de Saúde, é difícil projetar uma transformação positiva acerca do acesso a medicamentos por parte das pessoas com baixa renda. Em contraste com a felicidade que Lula expressou ao implantar o programa²³, muitas pessoas que sabem a importância disso seguem sem motivos para entusiasmo, pois muitas receitas continuarão nas gavetas, nos criados-mudos e embaixo dos travesseiros porque a muitas pessoas ainda falta um, dois ou três reais para a compra de medicamentos.

²³ Agência Brasil. Disponível em: <http://www.sergiobc.com.br/discursos/disc_lula.pdf>. Acesso em: 14/02/2012.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**. Vol. 8, Nº 1-2. Washington: 2000, p. 84-92.

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. In: **Boletim informativo e bibliográfico de ciências sociais (BIB)**. Nº 39, 1º sem. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995, p. 3-40.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/IEE/PUC, 2007, p. 29-39.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H. de; SOUSA, L. C. de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2003.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade: análise crítica da política de medicamentos no Brasil**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

BRASIL. **Decreto-lei Nº 701, de 24 de julho de 1969**. Autoriza o Poder Executivo a instituir um fundo especial, denominado Fundo Nacional de Saúde (FNS) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1969a.

_____. **Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969**. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1969b.

_____. **Lei Nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1973.

_____. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. **Decreto Nº 806, de 24 de abril de 1993.** Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, de que tratam as Leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

_____. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

_____. **Plano diretor de reforma do aparelho do Estado.** Brasília: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 06 de novembro de 1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. **Farmácia Básica: programa 1997/98.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

_____. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Caderno 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1997c.

_____. **Organizações sociais.** Caderno 2. 5ª ed. Brasília: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1998.

_____. **Portaria Nº 176, de 08 de março de 1999.** Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Relatório da CPI – Medicamentos: Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios.** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000a.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. **Política nacional de medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Incentivo à assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Emenda 29: mais dinheiro e estabilidade para a saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2003a.

_____. **Exposição de Motivos Nº 0097, de 17 de novembro de 2003.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. **Medida Provisória Nº 154, de 23 de dezembro de 2003.** Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. **Lei Nº 10.858, de 13 de abril de 2004.** Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004b.

_____. **Decreto Nº 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei Nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Lei Nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004d.

_____. **Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil: ampliando o acesso aos medicamentos.** Versão [14.01.05]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social.** Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005b.

_____. **Portaria Nº 2.084, de 28 de outubro de 2005.** Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. **Portaria Nº 491, de 09 de março de 2006.** Dispõe sobre a expansão do programa "Farmácia Popular do Brasil". Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006b.

_____. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Assistência farmacêutica no SUS.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2007a.

_____. **Portaria Nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007.** Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Reflexões Preliminares sobre o impacto da Reforma Tributária no financiamento da Seguridade Social e especificamente da Saúde (versão 2).** Brasília: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (AESD), Ministério da Saúde, 2008.

_____. **LOAS anotada: lei orgânica de assistência social.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009a.

_____. **Constituição Federal 1988:** Texto Constitucional de 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais Nº 1/92 a 62/09 e Emendas Constitucionais de Revisão Nº 1/94 a 6/94. Ed. Atual. Em dezembro de 2009. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009b.

_____. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME.** 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Representação sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento para a rede privada de farmácias sem aprovação de lei específica.** Brasília: Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2010b.

_____. **Portaria Nº 184, de 03 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Relatório de auditoria operacional: Farmácia Popular.** Brasília: Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2011b.

_____. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de

rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, B. M. B. de.; SILVEIRA, A. H. P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2005, p. 7-21

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo – Rio de Janeiro: Editoras Hucitec e Fiocruz, 1995.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo – Rio de Janeiro: Editoras Hucitec e Fiocruz, 1995.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARVALHO, G. de C. M. **O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. São Paulo: Saúde e Sociedade, 1993.

CARVALHO, G. de C. M. Farmácia Popular sim, pagamento por remédios não! **Revista Saúde em Debate**. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2004, p. 173-175.

CARVALHO, G. de C. M. **A inconstitucionalidade do co-pagamento da Farmácia Popular**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_2139_0__2010---27---530---a-inconstitucional-farmacia-popular.html>. Acesso em: 10/09/2011.

CESARINO JÚNIOR, A. F. **Direito social**. São Paulo: LTr, 1980.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. Braga, 2003, p. 221-236.

COHN, A. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4ª ed. São Paulo: CEDEC, 2001, p. 13-57.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. de A. dos; SILVA, H. F. da; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2000, p. 171-182.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: **Caderno de Pesquisa**. Nº 08. Campinas: UNICAMP, 1993.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4ª ed. São Paulo: CEDEC, 2001, p. 59-119.

ELIAS, P. E. Fundos de Saúde. In: MAGALHÃES JÚNIOR, J. C.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Fundos públicos e políticas sociais**. São Paulo: Instituto Pólis, 2004, p. 21-24.

FARIA, C. A. P. de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, 2005, p. 97-109.

FERREIRA, R. L. **Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ENSP, 2007.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, 1996, p. 98-105.

FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª ed. Rio de Janeiro – São Paulo: Editoras Cortez e ABRASCO, 2006.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J.; VARGAS, M.; BARBOSA, P. R. **Perspectivas do investimento em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e Movimento Sanitário. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª ed. Rio de Janeiro – São Paulo: Editoras Cortez e ABRASCO, 2006.

GOHN, M. da G. **Novas teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola, 2008.

GOMES, C. A. P. **A assistência farmacêutica no Brasil: análises e perspectivas**. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 14/12/2011.

GRANJEIRO, A.; SALAZAR, A. L.; FULANETTI, F.; BELOQUI, J.; GROU, K. B.; SCHEFFER, M. **Propriedade Intelectual, patentes e acesso universal a medicamentos**. São Paulo: Grupo de Incentivo à Vida/Grupo pela Vida – SP/Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo/Instituto de Saúde, 2006.

HONORATO, C. O Fundo Público e as relações entre Estado e cidadania. **Revista de História Econômica & Economia Regional Aplicada**. V. 2, Nº 4. Juiz de Fora, 2008, p. 20-36.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

MAGALHÃES JÚNIOR, J. C.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Fundos públicos e políticas sociais**. São Paulo: Instituto Pólis, 2004.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1: O processo de produção do capital. Volume 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

MENDES, A. Fundo Municipal de Saúde. In: MAGALHÃES JÚNIOR, J. C.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Fundos públicos e políticas sociais**. São Paulo: Instituto Pólis, 2004, p. 29-42.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

O'DWYER, G. C. Secretários estaduais de saúde demonstram preocupações sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. In: **Consensus**. Nº 4. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2004, p. 8-9.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHEIRO, E. dos S. A indústria farmacêutica transnacional e o mercado brasileiro. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

PINHO, A. **Não existe remédio grátis**. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2011/12/nao-existe-remedio-gratis.html>>. Acesso em: 18/12/2011.

PUGIN, S.; NASCIMENTO, V. B. do. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)**. São Paulo: CEDEC, 1996.

ROBBINS, J. Farmacêuticos na indústria. In: GENNARO, A. R. (Org.). **Remington: a ciência e a prática da farmácia**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

ROCHA, P. Concepções dos Fundos e seus impactos nas políticas sociais. In: MAGALHÃES JÚNIOR, J. C.; TEIXEIRA, A. C. C. (Orgs.). **Fundos públicos e políticas sociais**. São Paulo: Instituto Pólis, 2004, p. 83-92.

RUBIN, I. I. **A teoria marxista do valor**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

SAES, D. A. M. de. Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania. **Crítica Marxista**. São Paulo: Boitempo, 2003, nº 16, p. 9-38.

SALVADOR. Fundo Público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 2010, p. 605-631.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas**. Coletânea. Vol. 1, ENAP, 2006, p. 21-42.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. A. da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, I. G. **Democracia e participação na “reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1994, p. 80–91.

SILVA, M. O. da S. e. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, M. O. da S. e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001, p. 37-93.

SILVA, M. O. da S. e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. da S. e. **Pesquisa Avaliativa**. São Paulo: Veras; São Luís: GAEPP, 2008, p. 89-177.

SOUSA, S. de M. P. S. O campo da saúde no Brasil: notas críticas sobre as mudanças propugnadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Cadernos de Pesquisa**. V. 11, Nº 1. São Luís: EDUFMA, 2000, p. 37-54.

TEMPORÃO, J. G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006, p. 1597-1609.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª ed. Rio de Janeiro – São Paulo: Editoras Cortez e ABRASCO, 2006.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; REIS, C. O. O. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. Nº 17. Brasília: 1998, p. 105-171.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAIS ATENÇÃO A VOCÊ

AQUI TEM



FARMÁCIA
POPULAR

90%
de desconto em
anticoncepcionais,
hipertensivos
e diabético.

Anexo 4

**AQUI TEM
PROGRAMA
FARMÁCIA
POPULAR DO BRASIL**

SISTEMA DE CO-PAGAMENTO DOS MEDICAMENTOS DO PROGRAMA
FARMÁCIA POPULAR-GOVERNO FEDERAL

DESCONTOS DE ATÉ **90%**

em ANTICONCEPCIONAIS, remédios
para DIABETES e HIPERTENSÃO.

Consulte lista na loja!

agafarma
FARMACIAS

INICIATIVA
do SUS

Anexo 5

AQUI TEM

FARMÁCIA POPULAR

Agora a Big Ben tem a Farmácia Popular.

Farmácia Popular é um programa do Ministério da Saúde e do Governo Federal que leva medicamentos mais baratos para mais perto de você, através do sistema de copagamento, ou seja, reduzindo os preços em até 90%. Só precisa apresentar sua receita, seu CPF e documento de identidade com foto a um farmacêutico na Big Ben credenciada mais perto de você ou acesse o site www.drogariasbigben.com.br.
Farmácia Popular na Big Ben. Venha aproveitar essa big vantagem.

**Receita + CPF + Identidade com foto
= até 90%
de desconto***

**Medicamentos
para hipertensão
e diabetes
e anticoncepcionais.**

**Drogarias
BIG BEN**
Sua saúde é um big bem

Maria Andréia Machado Vianna
Farmacêutica Big Ben - CPF 1038

*Desconto de 0% a 90% dependendo dos medicamentos do Programa Farmácia Popular. Consulte o farmacêutico.

Anexo 7

AQUI TEM



FARMÁCIA
POPULAR

Medicamentos para
Hipertensão, Diabetes
e Anticoncepcionais
mais baratos.

Ministério
da Saúde



Anexo 8



AQUI TEM

FARMÁCIA
POPULAR

www.saude.gov.br
0800 303 1515

SAÚDE NÃO TEM PREÇO

REMÉDIOS DE GRAÇA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES.

Confira a lista dos remédios disponíveis no site:
www.saude.naotempreco.com

Logo
Parceiro

SUS+

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Anexo 9

www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

AQUI TEM

FARMÁCIA
POPULAR

REMÉDIOS DE GRAÇA
PARA HIPERTENSÃO E DIABETES.

 **SAÚDE**
NÃO TEM PREÇO

Confira a lista dos remédios disponíveis no site:
www.saudenaotempreco.com

Logo
Farceiro

SUS+

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Anexo 10

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

www.saude.gov.br
80008 00008 0000 01 1997

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

SAÚDE NÃO TEM PREÇO
REMÉDIOS DE GRAÇA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES

**SÃO DIAS AINDA MELHORES
PARA VOCÊ E PARA
TODOS OS BRASILEIROS**

CLIQUE AQUI E CONFIRA AS LOJAS DA REDE
TAMBÉM PARTICIPANTES DO PROGRAMA
AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

www.saude.naotemprego.com

SAÚDE NÃO TEM PREÇO

SUS + Ministério da Saúde

BRASIL
2003-2010
SEMPRE MELHOR SEMPRE MELHORES

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

Anexo 11

**AQUI, O SEU MEDICAMENTO SAI
DE GRAÇA.**

Agora, os medicamentos para Hipertensão e Diabetes participantes do programa **AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR** são distribuídos **sem custo**.

O Farmácia Popular é um convênio com o Governo Federal. Para efetuar a compra é necessário: 1- CPF válido; 2 - Receita médica com 120 dias; 3 - disponibilidade do sistema autorizador do DATASUS no momento da venda.

AQUI TEM

FARMÁCIA POPULAR


**SAÚDE
NÃO TEM PREÇO**

BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM FOME

Anexo 12

www.saude.gov.br
8000 0100 0100 0100

AQUI TEM

FARMÁCIA
POPULAR

SAÚDE NÃO TEM PREÇO
REMÉDIOS DE GRAÇA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES.

SÃO DIAS AINDA MELHORES
PARA VOCÊ E PARA
TODOS OS BRASILEIROS.

Procure uma farmácia da Rede Qualitox Farmácia Popular
com seu CPF, documento de fisco e receita médica válida, de
natureza pública ou particular.

RECIBA NO SEU CELULAR O ENDEREÇO DA FARMÁCIA POPULAR
MÁS PRÓXIMA. ENVIE O SEU NÚMERO DO SUJEITO PARA 3100.

Confira a lista dos remédios disponíveis no site:
www.saudeaotempoco.com

 **SAÚDE
NÃO TEM PREÇO**

 Ministério de
Saúde 

Anexo 13

www.saude.gov.br
0800 SAÚDE 0800 61 1997

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

SAÚDE NÃO TEM PREÇO
REMÉDIOS DE GRAÇA PARA HIPERTENSÃO E DIABETES.

SÃO DIAS AINDA MELHORES PARA VOCÊ E PARA TODOS OS BRASILEIROS.

Procure uma farmácia da Rede **Aqui Tem Farmácia Popular** com seu CPF, documento com foto e receita médica válida da rede pública ou particular.

RECEBA EM SEU CELULAR O ENDEREÇO DA FARMÁCIA POPULAR MAIS PRÓXIMA. ENVIE OS 8 NÚMEROS DE SEU CEP PARA 27397.

Confira a lista dos remédios disponíveis no site:
www.saudeaotempreco.com

SUS Ministério da Saúde **BRASIL**
PAÍS BOM E PAÍS SEM FOME

An_MeiosPopo_010210_0101.indd 1 04/02/10 17:54

Anexo 14



AQUI TEM

FARMÁCIA POPULAR

É o dinheiro do seu imposto retornando para a sua saúde.

O GOVERNO FEDERAL PAGA PARA VOCÊ 100% NOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO E DIABETES E ATÉ 90% PARA OS DE VÁRIAS OUTRAS INDICAÇÕES.

- Colesterol
- Asma
- Rinite
- Mal de Parkinson
- Osteoporose
- Glaucoma
- Anticoncepcionais
- Fraldas geriátricas para pessoas a partir de 60 anos

Logo Populário

SUS+

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA