

AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL ENTRE 1964 E 2006: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE MEDICINES POLICIES IN BRAZIL BETWEEN 1964 AND 2006: AN INTEGRATING REVIEW

MIGUEL EUSÉBIO PEREIRA COUTINHO JÚNIOR. Farmacêutico pela Universidade Federal do Piauí - UFPI e Residente Multiprofissional em Saúde - RIS-ESP/CE.

MARIA CAMILA LEAL DE MOURA. Graduanda em Farmácia pelo Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.

VERÔNICA LORRANNY LIMA ARAÚJO. Graduanda em Farmácia pelo Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.

GISELE LOPES CAVALCANTE. Farmacêutica pela Facid Wyden e Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI.

MAURÍCIO PIRES DE MOURA DO AMARAL. Doutorado pela Rede Nordeste de Biotecnologia – RENORBIO.

Rua Capitão Francisco Pedro Nº 1359 Apartamento 102, Bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP 60430-372. E-mail: mcoutinhoj@gmail.com

RESUMO

O uso de plantas medicinais esteve atrelado ao desenvolvimento social da humanidade, sendo utilizada como importante ferramenta no desenvolvimento das sociedades e da humanidade. Nas antigas civilizações as plantas medicinais tinham uma forte ligação entre a medicina e a religião, com o passar do tempo, houve um avanço no desenvolvimento dos meios de produção e a sociedade passou por várias transformações sociais e econômicas que culminaram na Revolução Francesa, na Europa do século XVIII. Este novo modelo social-econômico transformou todos os produtos em fonte de renda que passam por um processo de fetichismo gerando lucro e criando uma cultura de consumo, onde o medicamento se encontra incluso nesta relação social. O desenvolvimento industrial se expandiu para todos os continentes com intuito de ampliar mercados, junto a este crescimento e avanços tecnológicos a indústria farmacêutica ampliou horizontes e acompanhou a evolução da medicina, em linhas temporais, no estabelecimento do paradigma biomédico pelas ciências médicas e biológicas. O Brasil foi um dos países estratégicos no desenvolvimento da indústria farmacêutica na América Latina. Desta maneira, este trabalho busca compreender a influência do contexto social/político/econômico das políticas de medicamentos no Brasil. Por meio de uma revisão integrativa pode-se compreender a evolução das políticas de medicamentos brasileiras e o contexto histórico que elas estavam inseridas, desde a primeira relação de medicamentos, em 1964, à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em 2006. Compreendendo assim a relação dos medicamentos com o paradigma biomédico, produção de lucro e criação de uma cultura de medicalização e consumo.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Consumo. Medicalização.

ABSTRACT

The use of medicinal plants has been tied to the social development of mankind as a key tool in the development of societies and humanity. In early civilizations medicinal herbs had a strong connection between medicine and religion, throughout time, there was a breakthrough of production means and the society underwent several social and economic transformations that led to the French Revolution, in XVIII century Europe. This brand new social-economic model turned products on profit source that undergo a fetishism process generating profits and causing a culture of consumerism where the medicine is included in this social connection. Industrial development expanded to every continent in order to expand markets, along with this growth and technological achievements the pharmaceutical industry has expanded its horizons and followed the evolution of medicine in timelines, in the establishment of the biomedical paradigm for medical and biological sciences. Brazil was one of the main countries in the development of the pharmaceutical industry in Latin America. Thus, this paper aims to understand the social/ political / economic influences of the drug policies in Brazil. Through an integrative review we can understand the development of Brazil's drug policy and the historical context that they were inserted since the first list of medicines in 1964, to the National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicines in 2006. Thus understanding the relationship between medicinal products and the biomedical paradigm, profit production and creation of a culture of medicalization of consumption

KEYWORDS: Pharmaceuticalcare. Consumption. Medicalization.

INTRODUÇÃO

A espécie humana começou a se diferenciar das outras espécies animais por saber utilizar os saberes que adquiriam no cotidiano e assim transformá-los em conhecimento que foram transmitidos às demais gerações que sucediam, num processo não teleológico e não pontual. O uso de linguagens complexas, instrumentos (para caça, pesca, trabalhos domésticos e proteção) e ervas na medicina são exemplos de saberes que foram transformados em conhecimento que com o passar de gerações fez com que o ser humano estruturasse ainda mais sua maneira de viver em sociedade, aprimorando cada vez mais o desenvolvimento e transmissão de conhecimentos (KROPOTKIN, 2009).

O uso de plantas voltadas para o tratamento de enfermidades era repassado como conhecimento e era transformada num misticismo denominada curandeirismo, onde os xamãs usavam de plantas para conversar com entidades espirituais e utilizar outras para determinadas enfermidades aos componentes da tribo quando houvesse a necessidade (DIAS, 2005). Com a modernidade, a história dos medicamentos caminha lado a lado com a história da Medicina e da Farmácia tendo um papel decisivo nas sociedades ao longo da história sendo considerado um insumo a vida e mecanismo principal para se evitar, controlar, tratar ou amenizar sintomas de doenças (DIAS, 2005).

Com o passar dos tempos o conhecimento evoluiu com a necessidade de cada sociedade e a partir do século XIX e tomando o auge no século XX, no

Pós-Revolução Industrial, o desenvolvimento de tecnologias avançou de maneira estrondosa (FOUCAULT, 1984). As ciências médicas, biológicas e naturais evoluíram bastante e a descoberta de antibióticos, o isolamento de substâncias como a morfina, a síntese do ácido acetilsalicílico salvaram milhões de pessoas, dando saltos gigantes no avanço da medicalização da saúde.

Arelado a este processo, o capitalismo, sistema político-econômico-social-cultural, gerado dos pensamentos liberais iluministas vindos da revolução burguesa do século XVIII, também chamada de Revolução Francesa, ganha força junto ao pós-Revolução Industrial. A divisão social entre duas classes, trazendo em sua filosofia a meritocracia e o individualismo, é caracterizada pelo domínio dos meios de produção e pelos trabalhadores que são a força motriz de todo produto a ser transformado em mercadoria.

No capitalismo tudo se torna mercadoria, pois suas estruturas são mantidas a partir da valoração dos produtos que geraram lucro. E para que haja mais lucro é criado através de mecanismos estatais e propagandistas a cultura do consumo, outra característica filosófica de sustentação do capitalismo, o consumismo (BARROS, 1983).

Com os medicamentos não seria diferente, um paradigma na saúde é criado, a ausência de doença passa a ser sinônimo de saúde e o medicamento como vem sendo durante séculos o insumo a vida e recebe ainda mais o sinônimo da salvação, adoecer no capitalismo gera lucro e o medicamento faz parte deste sistema. Cria-se então a cultura do consumismo voltado para o medicamento que o torna o item indispensável em qualquer tratamento, em qualquer prescrição médica, passando a ser o insumo não somente à vida humana, mas também à lógica de mercado (BARROS, 1983).

No Brasil, temos 6 momentos principais que podemos discutir sobre a saúde e seu contexto de imersão na sociedade capitalista, segundo Bravo (2006): os momentos antecedentes às práticas estatais, a intervenção estatal de 1930 a 1964, as políticas estatais e de estímulo ao liberalismo na ditadura militar 1964 a 1980, as políticas de saúde da década de 80 que culminaram na origem do SUS, o fortalecimento das práticas estatais com estímulo ao neoliberalismo na década de 90 e o primeiro mandato do governo Lula.

Não dissociada desta divisão histórica da saúde em nosso país, a política de medicamentos teve sua parcela de preocupação por parte do Estado para fortalecer as políticas neoliberais (CHOMSKY, 2002), como também por parte de movimentos sociais e populares na defesa de políticas que melhorem o acesso de medicamentos à população, além de fazerem frente ao pensamento consumista de medicamentos que pode ser muito perigoso para a saúde pública.

Por isso, torna-se necessária a compreensão da dimensão e das relações socioculturais da sociedade que definem o conhecimento das ciências da saúde, bem como as políticas nessa área sobre as raízes históricas modernas que transformaram o medicamento em mercadoria, buscando também discutir as principais políticas de saúde ligadas a Assistência Farmacêutica, tomando como início a partir da primeira lista relação nacional de medicamentos, em 1964, à Política Nacional de Plantas Nacionais e Fitoterápicos, em 2006, no governo Lula. Acresce correlacionar como a cultura de consumo capitalista torna o medicamento central no paradigma da saúde biomédica e um produto de lucro na lógica mercantilista.

METODOLOGIA

Para que seja feito um resgate histórico e uma discussão do contexto social que o medicamento está inserido, o método utilizado foi uma revisão integrativa que se baseia em revisões bibliográficas. A Revisão Integrativa é um método muito utilizado na parte clínica, no âmbito da Prática Baseada em Evidência. Combina dados da literatura teórica e empírica e traz consigo uma ampla variedade de propósitos como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Segundo a literatura, o método de Revisão Integrativa é dividido em seis etapas. São elas: a identificação do tema, juntamente com a seleção de uma pergunta norteadora para que dê início à revisão integrativa, a elaboração dos critérios de amostragem construídos com base na pergunta norteadora, o processamento de categorias de estudo, a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, a interpretação dos resultados e a apresentação da síntese do conhecimento.

O tema identificado foi Assistência Farmacêutica a qual foi selecionada a seguinte pergunta norteadora: Qual a influência do contexto histórico/político/social na construção das políticas de medicamentos no Brasil?

O período histórico escolhido tomou por base a divisão histórica utilizada por Bravo (2006) a qual divide as políticas de saúde brasileiras em 6 fases: antecedentes da ação estatal (antes de 1930), intervenção estatal na saúde (1930-1964), saúde na ditadura militar, redemocratização (década de 80), governos neoliberais (década de 90) e governo Lula.

A amostragem foi realizada nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) utilizando-se os descritores em saúde (DECS): Políticas de Medicamentos, Políticas de Saúde, Histórico ou Brasil.

Constitui assim, uma abordagem metodológica bem ampla referente a revisões, o que demonstra uma boa opção de síntese histórica das políticas de saúde ligadas ao medicamento, o qual está atrelado à Assistência Farmacêutica no Brasil.

Após o levantamento bibliográfico, realizado em três bases de dados, foram obtidos 721 trabalhos científicos. Foram escolhidos 15 destes trabalhos para a realização do resgate histórico e discussão da conjuntura político/econômica/cultural das políticas de medicamentos no Brasil.

Foram selecionadas quatro dissertações, um informe técnico e 10 artigos científicos. Utilizando-se como critério de inclusão os trabalhos que apresentassem análises conjunturais sobre os processos históricos/políticos das políticas de saúde e de medicamentos do Brasil ou abordassem o medicamento e seu papel social enquanto medicamento num contexto de saúde foram inclusos na amostra.

Os critérios de exclusão de trabalhos estiveram relacionados a não abordagem do histórico e/ou conjuntura político-econômica das políticas de medicamentos e de saúde no Brasil, estando excluídos, assim, trabalhos científicos ligados à área clínica e/ou de políticas de saúde que não estivessem atrelados às políticas de medicamentos, como políticas de drogas ilícitas, por exemplo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a execução do levantamento, sistematização e análise dos principais estudos e documentos sobre as políticas de medicamentos no Brasil encontrados tabelaram-se os achados a fim de corroborar para melhor estruturação e entendimento da temática. O quadro 1 descreve os trabalhos científicos selecionados, com seus respectivos objetivos gerais e resumo de seus resultados obtidos.

Quadro 1 - Trabalhos selecionados para levantamento histórico

AUTORES	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008	Realizar um levantamento, sistematizar e analisar os principais documentos e propostas que promoveram a reorientação da AF no Brasil de 1990 aos dias atuais.	A intensa aceleração nos processos regulatórios do setor farmacêutico após a criação do SUS
UGALDE; JACKSON, 1998	Analisar uma seleção de informes sobre privatização, descentralização e políticas de medicamentos essenciais.	O enfoque do Banco Mundial sobre o setor da saúde corresponde a um modelo ideológico de favorecimento dos países desenvolvidos
UGALDE; HOMEDES, 2007	Analisar políticas importantes como as reformas na saúde e as políticas de medicamentos e a presença de instituições internacionais na acumulação de capital.	As reformas no setor de saúde e as políticas de medicamentos demonstraram conter mandatos institucionais para a acumulação de capital
FERREIRA, 2011	Avaliar a publicação de artigos sobre Assistência Farmacêutica Pública na Plataforma CAPES, no período de 2000 a 2010.	O intervalo histórico, entre 2000 a 2010, apontou para um período de intenso fervilhamento de políticas de saúde ligadas ao medicamento.
TOBAR, 2008	Analisar a conjuntura político/econômica na América Latina sobre o mercado farmacêutico e a leis de genéricos.	Há uma influência muito grande das instituições internacionais, como o Banco Mundial, no aumento do mercado genérico e no aumento do consumo de medicamentos
QUENTAL et al., 2008	Discutir impactos e as limitações da dialogando com a análise da competitividade da indústria de medicamentos genéricos no Brasil.	A competitividade das indústrias farmacêuticas e a lei de patentes promoveram um crescimento do consumo de medicamentos e um intenso fortalecimento da indústria nacional.
MACHADO, 2013	Analisar a etapa de formulação da referida política no âmbito do governo federal, através da teoria stakeholders.	Foram identificadas seis arenas decisórias e respectivos atores envolvidos na formulação da PMN, discutindo aspectos de legitimidade, poder e urgência.
NASCIMENTO, 2010	Analisar alguns conceitos relacionados a marketing, propaganda, regulação e manipulação, discutindo parâmetros éticos da prática de propaganda de medicamentos para grande público.	Estudos demonstram que os conteúdos das peças publicitárias de medicamentos, destinadas ao grande público, superestimam as qualidades do produto, enaltecem quase exclusivamente seus benefícios, colocando-os em posição central no processo terapêutico.
BRASIL, 2001	Informar sobre a implementação de um novo modelo de assistência farmacêutica básica, pautado no atendimento de necessidades locais.	Estabeleceu todas as diretrizes e desafios que Assistência Farmacêutica enfrentaria a partir de então.
	Apresenta algumas considerações sobre o Programa Brasileiro de AIDS, no que diz	O artigo ressalta a participação da indústria farmacêutica, de governos, da sociedade civil e de organismos do

GALVÃO, 2002	respeito à distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais.	sistema das Nações Unidas frente a esta pandemia.
JUNIOR; FIGUEIREDO; GURGEL, 2014	Analisar a construção da política e implantação/implementação da Fitoterapia no SUS	As políticas governamentais, ligadas às plantas medicinais, avançaram apesar das dificuldades enfrentadas pelo SUS e estas políticas trouxeram alternativas aos medicamentos sintéticos.
GONÇALVES et al., 2013	Pretende apresentar um breve histórico da legislação brasileira referente à fitoterapia e discutir a eficácia destas diretrizes na implantação da fitoterapia no SUS.	Verificou-se que, apesar de existir um direcionamento do governo às políticas relacionadas às plantas medicinais e aos fitoterápicos, a legislação decorrente desse processo não garante a melhoria da qualidade do produto.
PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012	Analisar o fenômeno denominado de judicialização da saúde no Brasil	As demandas judiciais por medicamentos pode ser um reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aos vazios e desatualização das ações assistenciais.
BELLO, 2009	Pesquisar a percepção da população de baixa renda, sobre o que significa precisar tomar medicamentos e a dificuldade de adquiri-los na região do Butantã, município de São Paulo.	Dificuldade em conseguir medicamentos gratuitamente, necessidade de medicamentos e desestruturação dos postos de saúde.
PELICIONE, 2005	Analisar o padrão de consumo de medicamentos segundo características demográficas e condições de vida da população estudada.	Os medicamentos demonstraram ser utilizados por pessoas com boa escolaridade e de maior renda familiar, além de um grande índice de automedicação.

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento de dados (2017).

O quadro 2 foi construído para auxiliar na discussão sobre as políticas de medicamentos contêm as principais políticas de medicamentos brasileiras com suas respectivas datas de implantação.

Quadro 2- Principais atos legais no período de 1964-2006 no processo de histórico da Assistência Farmacêutica

ANO	DISPOSITIVO LEGAL/ ESTRATÉGIA	DO QUE TRATA
1964	III Conferência Nacional de Saúde	Primeira relação Nacional de Medicamentos
1965	Decreto nº 55.759	Cria estratégias para o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica
1971	Decreto nº 68.806	Criada a Central de Medicamentos (CEME)
1973	Lei nº 5991	Estabelece controle sanitário e regulamentação das farmácias como estabelecimento comercial
1990	Lei nº 8080	Cria o SUS, onde aborda a importância da Assistência Farmacêutica no novo sistema de saúde
1996	Lei nº 9279	Estabelece a lei brasileira de patentes e propriedade intelectual
1996	Lei nº 9313	Dispões a gratuidade do tratamento e da distribuição de medicamentos no tratamento da HIV/AIDS
1998	Portaria nº 3916	Aprova a Política Nacional de Medicamentos
1999	Lei nº 9782	Cria a ANVISA
1999	Lei nº 9787	Estabelece a lei dos genéricos
2004	Decreto nº 5090	Cria o Programa Farmácia Popular e Aqui Tem Farmácia Popular
2006	Decreto nº 5813	Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Fonte: Elaboração própria a partir do levantamento de dados (2017).

As Políticas de Medicamentos e de Saúde da Ditadura Militar à Redemocratização

O ano de 1964 ficou marcado profundamente na história do Brasil; ocorreu no dia 1 de abril o Golpe Militar que instaurou um forte Regime autoritário na política, na economia e na cultura brasileira com uma proposta de segurança à “ameaça comunista” mundial e de desenvolvimento econômico e industrial (NAPOLITANO, 2014, p. 09).

O golpe ocorreu num período em que João Goulart (Jango), que assumira a presidência após a renúncia de Jânio Quadros, realizava intensas reformas de base como propostas de Reforma Agrária, estatização do abastecimento, nacionalização do sistema de livre iniciativa, além de intensas reformas na base administrativa (BERTOZZI; GRECO, 1996).

Entre essas reformas administrativas estava a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união e foi definida, na III Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1963, Segundo Rossi (1996, apud BERTOZZI; GRECO) “a ideologia da saúde e do desenvolvimento econômico baseado na racionalidade no planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas”, definindo assim essas últimas como conceito de saúde. Surge, logo após a III Conferência, a primeira relação de medicamentos essenciais do Brasil, antecipando a primeira lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS) (FERREIRA, 2011).

O conjunto de todas estas Reformas, juntamente com a conjuntura política mundial (Guerra Fria: EUA x URSS), foi considerado pelas alas mais conservadoras e reacionárias da política brasileira como sendo próximas ao comunismo da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e da recente Cuba, apesar de Jango não ser comunista. A partir de uma coalizão, os setores mais conservadores defenderam uma bandeira “anticomunista” apoiado pelos Estados Unidos da América (EUA) (NAPOLITANO, 2014, p.11).

Com o golpe, assume a presidência, em nome do governo militar, Castelo Branco com uma política de fortalecimento do executivo, da segurança nacional. “Em suma, todas as políticas econômicas do regime convergiram para o reforço dos laços do Brasil com o sistema capitalista mundial, a luta pela industrialização a qualquer preço e o reforço do capitalismo monopolista” (NAPOLITANO, 2014, p.118).

Em 1965, é publicado o decreto 55.759/65 estimulando o crescimento da indústria química no Brasil que, em 1969, seria transformado em Conselho de Desenvolvimento Industrial (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008), o que ampliaria o desenvolvimento industrial seguindo os indicativos da economia capitalista estrangeira, principalmente do Banco Mundial (UGALDE; HOMEDES, 2007).

Vale acrescentar que o Banco Mundial (BM), foi criado em 1954. Um banco e também uma instituição financeira com função de criar políticas de desenvolvimento. Seus associados são países desenvolvidos, cujo o maior “acionista” é os EUA, seguido dos países mais desenvolvidos da União Europeia, como Alemanha, Reino Unido e França (UGALDE; JACKSON, 1998). Além de ser promotor de políticas de desenvolvimentistas industriais, o Banco Mundial também é uma das principais financiadoras das políticas de saúde e assessoras de políticas sanitárias, juntamente com a OMS e a (UNICEF), influenciando o Brasil e os outros países da América Latina em suas políticas de medicamentos e políticas sanitárias (UGALDE; HOMEDES, 2007).

Durante os anos de ditadura, a indústria da comunicação teve crescimentos estrondosos. Assistir televisão, ouvir rádio, novas editoras de livros e revistas promoveram efervescência na literatura e na arte, mesmo nos anos de ferro e censura, criaram novos hábitos e costumes (NAPOLITANO, p.135, 2014). A amplitude de acesso de informações, auxiliou da disseminação da cultura de consumo de bens industriados, promovido pelos governos militares em busca da vazão de mercadorias, dentre elas os medicamentos. Assim, o consumo de medicamentos industrializados, promovidos por um intenso crescimento industrial influenciado pelos EUA (CHOMSKY, 2002) e o surgimento de uma forte propaganda de medicamentos disseminou o uso descontrolado destes insumos.

Aborda-se o uso do medicamento como essencial um processo terapêutico por ter finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar sintomas. O medicamento alopático numa relação doença/cura torna-se central e, praticamente indispensável, negando qualquer outra maneira de lidar com a relação doença/cura; este modelo atende assim ao interesse do médico (representando a saúde) e ao capital (através do lucro) (BARROS, 1988).

A indústria farmacêutica utiliza-se do marketing não somente para identificar as demandas das quais obtêm o lucro em torno do consumo, mas também para criar demandas (NASCIMENTO, 2010), estabelecendo uma cultura de medicalização e aumentando o lucro em torno do consumo de medicamentos estimulados por políticas de acesso a medicamentos do BM (UGALDE; HOMEDES, 2007) e da OMS (FERREIRA, 2011).

No período entre 1970 e 1973 houve um imenso crescimento econômico, levando o Brasil a estar entre as oito maiores economias do mundo, mas vivia um grande paradoxo, onde o Produto Interno Bruto (PIB) crescia e 10% e 5% da população teve renda aumentada, enquanto o restante da população teve a renda diminuída (BERTOZZI; GRECO, 1996).

A Central de Medicamentos (CEME) é criada em 1971 com o objetivo de promover a Assistência Farmacêutica para a população de baixa renda e incrementar a pesquisa e instalação de indústrias na área de química farmacêutica (FERREIRA, 2011) e, em 1973, a Lei 5991/73 que regulamenta a vigilância sanitária do comércio de medicamentos, cosméticos e correlatos (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A Lei 5991/73, que ainda é válida até os dias atuais, não apenas regulamenta o comércio de medicamentos como também legitima a farmácia como um comércio e o medicamento como algo lucrativo e mercantilizado. Esta Lei também exige a presença de um “técnico responsável”, devidamente registrado no Conselho Regional de Farmácia, para que regulamente a entrada e saída de medicamentos do estabelecimento privado.

A farmácia torna-se, junto com o médico, um importante difusor da cultura de consumo, surgindo o que chamamos de medicalização. O médico, por ser o prescritor é assediado a induzir a venda e o balconista da farmácia, que muitas das vezes substituem o médico, também sofre assédio e acaba lucrando com a venda de medicamentos (BARROS, 1983).

Silva (2013) aborda que as demandas do mercado em torno da indústria farmacêutica foram fatores de ruptura do serviço farmacêutico em apenas dispensar o medicamento modificando a forma de se abordar o paciente e a própria relação do paciente com o profissional e o estabelecimento esfacelando a antiga profissão galênica e fortalecendo um profissional voltado à indústria e

às análises clínicas. A Lei 5991/73 revela um paradoxo, exige-se um responsável técnico nas farmácias, mas a presença deste profissional tem realmente uma função que não a de fortalecer os interesses da indústria farmacêutica e do consumo?

Em 1977, no governo ditatorial de Geisel, numa tentativa de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, cria-se o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) que realizaria assistência médica individualizada aos trabalhadores urbanos e rurais, com registro na carteira de trabalho, e congregaria a CEME e a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor, dentre outros departamentos, onde o Estado financiaria o setor privado para realizar estas atividades (BERTOZZI; GRECO, 1996).

Essas novas políticas de saúde, que tinham um caráter racionalista, no entanto, fracassaram. A divisão em vários setores da saúde dentro da previdência entrou em colapso, como afirmam Bertozzi e Greco (1996), ao mesmo tempo que a economia despencava.

O PIB começou a cair largamente após a crise do petróleo de 1973, demonstrando a forte dependência nacional em relação a política externa. Com essa crise econômica diversos setores da sociedade começaram a mobilizar atos contra governo, que ganhavam ainda mais força devido a política truculenta do Ato Institucional 5. O aquecimento político mediante a crise econômica e política no Brasil aquece o cenário nacional durante os anos 70 e 80. A crescente desigualdade social e a repressão instituída pelo AI 5 levaram comunidades de periferia, donas de casa, sindicalistas, diversos movimentos populares (como o Movimento Sem Terra e militantes de base católica), profissionais de saúde e o movimento estudantil (GOUVEIA; PALMA, 1999) a lutarem por conquistas de direitos e pela tão sonhada liberdade de expressão.

Ganhava força, junto a estes movimentos, o movimento sanitário com uma nova proposta de concepção de saúde, não baseada meramente na doença/cura e centrada no medicamento, e voltando-se para o lado social, conhecido como determinantes sociais do processo saúde/doença em franca ruptura com o paradigma vigente (BERTOZZI; GRECO, 1996). Movimentos organizados por médicos sanitários e profissionais da saúde passaram a ser direção de unidades de saúde dos bairros e assim construíram uma forte pressão social para um novo modelo e sistema de saúde, que originaria o SUS (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Mas não apenas os setores populares estavam indignados nesta conjuntura político-econômica. Os setores reacionários que apoiaram o golpe militar em busca de segurança nacional e desenvolvimentismo, tornavam-se contra o regime ditatorial. Como exemplifica Napolitano (2014) ao afirmar que até José Papa Júnior, líder da Federação do Comércio, discursando contra o governo e Severo Gomes, ex-ministro da Indústria e Comércio e elo do governo com o empresariado nacional, deixou o ministério e tornou-se oposição.

Após 25 anos de mãos de ferro, a Ditadura Militar é sufocada pela pressão popular. É eleito de forma indireta Tancredo Neves presidente da República e José Sarney como vice-presidente, mas devido a um problema de saúde José Sarney assumiria como o primeiro presidente após o Regime Militar (KINZO, 2001).

Em 1986, o Ministério da Saúde, sobre a continuidade das pressões populares promovidas pelo movimento sanitário, realiza o chamado para a

VIII Conferência de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde inovou na temática, normalmente burocrática e técnica, discutindo sobre Direito à Saúde, Financiamento e Sistema de Saúde e apontando para a criação do Sistema Único de Saúde, o financiamento estatal neste novo sistema e uma nova concepção de saúde que vai além da ausência ou cura de doenças.

Com a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, a saúde passa a ser um direito universal pautado em princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização das decisões do poder federal para os municípios. Estes princípios seriam formalizados a partir das Leis Orgânicas do SUS, Lei 8080/90 e 8142/90 no ano de 1990 (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A Assistência Farmacêutica compõe este novo sistema de saúde; como aponta Ferreira (2011), a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, está inserida no campo de atuação do SUS.

O SUS, como política social, reforça a importância deste sistema contra o projeto do Banco Mundial, do ponto de vista ideológico, político e econômico. O próprio Banco Mundial viria a propor intervenções, como o fim da saúde como direito de todos de seu caráter público e igualitário na Constituição de 1988 (GOUVEIA; PALMA, 1999). As pressões do BM e das empresas ligadas à saúde levaram a abrir brechas na formulação da Lei 8080/90, como a possibilidade de o capital privado se inserir no sistema de saúde brasileiro, como podemos ver no Art.4 parágrafo 2: “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar”.

O próprio texto da VIII Conferência Nacional de Saúde recuaria num dos pontos principais que era a total gratuidade do setor hospitalar, com estatização e/ou nacionalização dos grandes hospitais privados ou filantrópicos. Cedeu com o intuito de que não houvesse represália da categoria médica ao SUS, mas acabou por abrir uma lacuna no sistema de saúde, principalmente no setor hospitalar, quebrando com sua autonomia, prejudicando a integração dos setores e abrindo margem para o setor privado ganhar força e disputá-lo (CAMPOS, 2007).

A década de 90 e as novas políticas neoliberais

A década de 1990 se inicia com a eleição de Fernando Collor de Melo, primeiro presidente empossado, após a Ditadura Militar, por eleições diretas, o qual sobe à presidência em meio a continuidade de uma extensa crise econômica que se alastrava desde os governos militares.

No entanto, a vitória de Collor sobre o candidato Luiz Inácio da Silva (Lula), do Partido dos Trabalhadores (PT) - que continha muitos dos sanitaristas como base partidária - não trazia em suas propostas inovações em relação à política e economia; suas bandeiras de governo eram as privatizações, a redução do emprego público, a ampliação da entrada de capital estrangeiro e a desvalorização da moeda. Propostas que divergiam da ideologia popular e socialista que geraria o SUS.

Collor vetaria pontos importantes que estavam contidos na Lei 8080/90, como o fortalecimento das conferências e conselhos de saúde na formulação e proposição de estratégias, a transferência direta do fundo de saúde para estados e municípios e a obrigatoriedade dos planos de carreira, cargos e

salários para o SUS. Mas, devido a pressões internas e populares, alguns desses vetos seriam sanados na Lei 8142/90 (BERTOZZI; GRECO, 1996).

Porém, Fernando Collor de Melo não terminaria seu mandato, pois foi cassado em 1992 por escândalos de corrupção, após intensas mobilizações populares e com ação decisiva do Congresso Nacional em resolver a crise política com o impeachment. Itamar Franco, vice-presidente, assumiria o cargo de presidente até 1994, quando Fernando Henrique Cardoso (FHC) o sucederia (KINZO, 2001).

A década de 90 viria a ser uma herança da década de 80, numa luta incessante pela tentativa de reerguimento econômico e pela luta por conquistas e consolidação de direitos.

A pandemia de HIV/AIDS tornou-se preocupação por todo o mundo. O novo sistema de saúde garantiria pela lei o direito a qualquer pessoa de obter tratamento, através dos princípios que regem o SUS. O tratamento anti-HIV/AIDS é extremamente caro, chegando ao valor de US\$4.860 dólares por pessoa, pelos valores monetários atuais. Estes gastos fizeram com que governo federal realizasse empréstimos junto ao Banco Mundial que somariam 250 milhões de reais (GALVÃO, 2002), obrigando o governo brasileiro, no final da década de 90, a discutir políticas em torno da pesquisa, produção, acesso e propriedade intelectual de medicamentos; neste contexto, foram importantes as leis 9279/96, regulando a lei de patentes no país, e 9313/96, garantindo a gratuidade de todo o tratamento anti-HIV/AIDS.

A lei de patentes em si não é uma voltada ao interesse público, entretanto, como ela incorporou as flexibilidades do Acordo Sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionadas ao Comércio, revelou-se um importante instrumento em políticas de saúde pública. As flexibilidades do Acordo asseguram que, em certos casos, o interesse público, especialmente na área de saúde, se sobreponha ao direito de monopólio privado.

Esse avanço na gratuidade do tratamento anti-HIV/AIDS ajudaria usuários do sistema acometidos por outras comorbidades a lutarem pela gratuidade de tratamento através de vias jurídicas (PADOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

O debate sobre a propriedade intelectual e as patentes de medicamentos abriu um intenso debate sobre vários pontos de vista sobre a flexibilidade das patentes:

A flexibilidade das patentes de medicamentos retrovirais utilizados no tratamento anti-HIV/AIDS reduziu os gastos públicos para US\$1000 dólares, no final da primeira década dos anos 2000, e um crescimento ainda maior do mercado farmacêutico em torno da nova classe de medicamentos, denominados genéricos, a qual levaria a década de 1990 a ser marcada pela consolidação da indústria farmacêutica transnacional e oligodependente, paralelamente ao processo de desregulamentação do setor farmacêutico no Brasil (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A Lei 9279/96 aqueceria o mercado brasileiro e a disputa industrial brasileira, o que nada mais era o projeto de saúde neoliberal de FHC “articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta”. (BRAVO, 2006)

A lei que regulamentava as patentes no Brasil viria a cumprir as

exigências do Acordo TRIPS (Trade Related Aspects of Intellectual Rights Including Trade in Counterfeit Goods – Acordo Sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionadas ao Comércio), celebrado em 1994, com a participação de 128 países, inclusive o Brasil, autorizando o licenciamento compulsório quando o medicamento fosse de extrema necessidade para a saúde pública para a nação solicitante (CORREA, 2007, p. 86).

Segundo Correa (2007) o interesse do acordo TRIPS não era na saúde, mas sim no interesse no desenvolvimento e na ampliação de mercados para as empresas transnacionais e o crescimento da concorrência dos países em desenvolvimento. Não é à toa, que no Brasil, hoje, existem mais de quatrocentas indústrias farmacêuticas, sendo 20 transnacionais e todas as outras nacionais, com o país situando-se entre os dez maiores consumidores de medicamentos do mundo (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006).

Ao mesmo tempo que se ampliava o mercado de medicamentos no Brasil pela lei de patentes e o surgimento dos medicamentos genéricos, o consumo aumentava de forma alarmante e a contradição de se ter um forte mercado de medicamentos e um péssimo acesso das populações menos favorecidas a este insumo, acarretou em fortes mobilizações pelo barateamento e surgimento novas de políticas de acesso a medicamentos.

O fetichismo em torno do medicamento viria a promover mudanças e novas estratégias de venda. As indústrias farmacêuticas usariam de estratégias como o uso de nomes 'fantasias' que caracterizavam os medicamentos referências para deslegitimar a eficiência terapêutica dos genéricos e como uma estratégia publicitária para diferenciar dos concorrentes no mercado (NASCIMENTO, 2010). Ao mesmo tempo que os produtos genéricos ficariam mais baratos o que melhoraria a acessibilidade, do ponto de vista mercadológico destes insumos (QUENTAL et al., 2008).

Marluci Pinto, senadora do PTB de Roraima, ainda criaria um projeto de lei (Projeto de Lei 4385/94) que retiraria o farmacêutico como responsável técnico das farmácias, o que seria um ponto chave para os estudantes dos cursos de Farmácia por todo o país viessem a mobilizar atos e campanhas junto a entidades sindicais levantando a bandeira do Uso Racional de Medicamentos e de criação de políticas que regulamentassem o acesso e o controle sanitário de medicamentos no Brasil (ENEFAR, 2013), bem como debates sobre o próprio ensino farmacêutico voltado para novas diretrizes educacionais.

Três novas leis viriam a ser aprovadas: a lei que criaria a Portaria 3916/98 da Política Nacional de Medicamentos (PNM); a lei que criaria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Lei 9782/99; e a lei que regulamentaria os medicamentos genéricos - Lei 9787/99 (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008). Estas três leis respondem à necessidade do SUS controlar a venda e a propaganda de medicamentos, apontando para a necessidade, também, de se regulamentar uma lista de medicamentos para os problemas de saúde de maior demanda no país, como foi a PNM (MACHADO, 2013).

A ANVISA viria a regulamentar as propagandas de medicamentos, sendo o país com mais avanços no setor na América Latina (TOBAR, 2008) e regulamentaria as embalagens de identificação dos genéricos (QUENTAL et al., 2008), como também aumentaria os critérios de controle de qualidade e segurança dos genéricos, similares e referência (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A PNM trouxe grandes avanços para a Assistência Farmacêutica no Brasil, com objetivos de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, promovendo seu uso racional e garantindo sua segurança, eficácia e qualidade. Esses produtos devem estar disponíveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, segundo critérios epidemiológicos, quando a mesma necessite (MACHADO, 2013).

No entanto, a Política Nacional de Medicamentos atendia também a outros interesses, ampliando os investimentos no setor privado, desenvolvendo pesquisas e no desenvolvimento científico e tecnológico sendo incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área (BRASIL, 2001).

O governo FHC, em questões de políticas de medicamentos e como projeto principal de suas políticas de saúde, reforçou o medicamento como mercadoria fortalecendo o paradigma biomédico imbricado na centralidade do medicamento na relação doença/cura, além da valorização mercadológica e lucrativa deste insumo numa nova perspectiva, onde o Estado arcaria com os lucros do setor privado apropriando-se dos princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade e transformando-os em compromissos de mercado, caracterizando as políticas reformistas neoliberais de seu governo.

Mesmo com o incentivo ao desenvolvimentismo econômico, ampliando a concorrência e estimulando o consumo, somadas as tentativas de estabilização econômica, o programa neoliberal de FHC fracassou. Após os primeiros anos de seu mandato com o fortalecimento da moeda nacional, Plano Real, e os empréstimos feitos ao Fundo Monetário Internacional (FMI), houve uma relativa melhora da economia brasileira (SAMUELS, 2003). O autor ainda diria que o próprio Plano Real que estabilizaria a economia brasileira entre 1993-1995 ataria o Brasil nos anos seguintes numa verdadeira “camisa de força fiscal”. Com uma conjuntura de economia dependente do FMI e entranhado em amarras fiscais, FHC não elegeria seu sucessor à presidência, seu ministro da saúde José Serra. Lula, do Partido dos Trabalhadores, venceria as eleições, com um programa de governo bem mais recuado, em relação às políticas anticapitalistas, que nas eleições contra Collor.

Governo Lula, o pseudo resgate da Reforma Sanitária

Lula foi eleito num período histórico complexo, ao mesmo tempo que a inflação e os juros tinham um alto crescimento anual, a dívida externa se alastrava (SAMUELS, 2003) e as políticas sociais estavam fragmentadas pela economia; o novo presidente assumiria com propostas de fortalecimento do setor previdenciário, da saúde e da assistência social (BRAVO, 2006).

No setor da saúde, havia uma forte expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária, abandonado nos anos 90, período em que houve, ao contrário, uma consolidação de um modelo de saúde privatista e atrelado ao mercado. No entanto, o governo petista, apesar de avançar em alguns pontos relacionados ao movimento sanitário, consolidou outros característicos da década de 90 (BRAVO, 2006).

Avançou nos pontos ligados à atenção primária, hospitalar, ambulatorial e no fortalecimento do controle social, através do incentivo ao funcionamento das Conferências e Conselhos de Saúde, apesar de contradizer-se ao negar as decisões do Conselho Nacional de Saúde ao questionar a legalidade da

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (JÚNIOR BATISTA, 2008). Neste período, de 2002 a 2006, de governo petista ocorreu uma intensa implementação de leis e políticas relativas à saúde, com 47 publicações em 7 anos, a partir de 2000, respondendo por 68% de todas as políticas de ligadas a medicamentos nos últimos 31 anos (KORNES; BRAGA; ZAIRE, 2008).

Outro ponto muito importante foi o Decreto nº 5813/06, instituindo a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Este decreto resultou de uma luta que remonta à época anteriores ao surgimento do SUS, representando a união do conhecimento científico e popular na terapêutica, reconhecendo assim o papel histórico das plantas medicinais na cultura e saúde do povo brasileiro (FIGUEIREDO; GURGEL; JÚNIOR GURGEL, 2014).

Esta cientificização dos conhecimentos de medicina tradicional, pode ser vista por dois pontos de vistas que não serão entendidos como uma forma maniqueísta. Por um lado, pode-se considerar o reconhecimento dos saberes populares em torno da terapêutica e de sua realidade no Brasil; por outro, pode-se afirmar a negação de outras tradições populares que não foram comprovadas cientificamente e um processo de fetichização dos conhecimentos tradicionais para que lhes sejam atribuídos valores comerciais, desta forma obtendo-se lucro (CORREA, 2007).

Não é uma visão maniqueísta, pois o entendimento do avanço no uso de plantas medicinais e da fitoterapia reconhece que é necessário um controle do ponto de vista sanitário deste conhecimento popular como de sua regulamentação, visando o bem-estar da população (GONÇALVES et al., 2013), ao mesmo tempo que o insere no processo de valoração de qualquer produto de trabalho na sociedade capitalista.

O modelo privatista consolidado no governo Lula estabeleceu-se pela relação público-privado, pela terceirização de serviços e pela precarização dos recursos humanos, além do pouco financiamento no SUS (JÚNIOR BATISTA, 2008). A prova deste modelo de gestão pública pautada em Parcerias Público-Privada (PPP) levaria à instituição do Decreto nº 5090/04, criando o Projeto Farmácia Popular do Brasil (FPB) e Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP).

O FPB e ATFP foram desenvolvidos com a proposta de facilitar a aquisição de medicamentos, garantindo a universalização e a promoção a saúde. A prática desse programa apenas garante o acesso da classe média aos medicamentos, pois o usuário deverá retirar dinheiro do próprio bolso para arcar com o tratamento e, ainda, desvia os recursos que deveriam financiar as Farmácias Básicas públicas (SILVA FILHO, 2010), o que promove um pensamento consumista, levando o acesso gratuito ou barateado de medicamentos para farmácias comerciais.

O próprio perfil da falta de assistência direta sobre o uso do medicamento, somado à condição financeira dos consumidores de medicamentos, demonstram como o medicamento ainda é artigo de luxo para alguns setores da nossa população e que existe uma cultura de consumo e busca incessante por saúde em torno do medicamento e da automedicação (PELICIONE, 2005) e do paradigma em torno do medicamento vislumbrando como símbolo de saúde (BELLO, 2009).

Nesta continuidade de fortalecimento de políticas neoliberais, nas quais o Estado mantém o lucro e transforma políticas de saúde em políticas assistencialistas do capital privado, o governo Lula retrocederia no avanço de ampliação da Reforma Sanitária e mantém o paradigma da saúde em torno do

medicamento, negando as concepções de saúde discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, apesar de avançar em outros pontos.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa, apesar de ser um método utilizado na clínica, demonstrou ser bastante apropriado para a realizar o resgate histórico e, desta maneira, fazer reflexões sobre a conjuntura político/econômico/cultural do Brasil em diversos momentos de nossa história neste recorte de 42 anos até a última política relacionada à Assistência Farmacêutica encontrada na literatura.

A influência do Banco Mundial e de outras instituições internacionais mostram um claro conflito político-ideológico que permeiam os hábitos e a cultura de uma sociedade, prova disso é a fetichização do medicamento como estímulo às políticas ao consumismo.

As políticas de saúde são produzidas neste contexto de desenvolvimento e ampliação do mercado de medicamentos nos países em desenvolvimento, imbricando neste processo o surgimento do paradigma biomédico em torno da medicalização e o crescimento em larga escala do consumo de medicamentos.

O SUS, enquanto política de saúde, nasce de uma mobilização popular como projeto alternativo a estas influências hegemônicas nas políticas de medicamentos, inclusive a lógica paradigmática da medicalização como promotor de bem-estar, mas apesar disso sofre constantes ataques em suas estruturas e avanços sociais progressistas.

Conclui-se então, a importância da síntese histórica para a compreensão das relações de fetichização e consumismo em torno das políticas de medicamentos e a importância da consolidação da Reforma Sanitária baseada na VIII Conferência Nacional de Saúde e assim, haja avanços sociais contundentes nas políticas públicas ligadas à saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, J.C. Estratégias Mercadológicas da Indústria Farmacêutica e o Consumo de Medicamentos. **Rev. Saúde. Públ.**, n.17, p.377-386, 1983.

BELLO, C.B. **Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã, município de São Paulo, 2009**. 2009. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **RevEscEnferm USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

BRASIL, Leis et al. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, p.39, 2001. graf. (Série C Projetos, Programas e Relatórios, 25).

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, M.I.et al. **Serviço**

Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006.

CHOMSKY, N. **O Lucro ou as Pessoas?:** neoliberalismo e ordem global. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final:** Centro de Documentação do Ministro da Saúde, 1986.

CORREA, C.M. **Propriedade intelectual e saúde pública.** Florianópolis: Boiteux, 2007.

DE OLIVEIRA, E.A.; LABRA, M.E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

DE SOUSA CAMPOS, G.W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Sup, p. 1865-1874, 2007.

DIAS, J.P.S. **A Farmácia e a História da Farmácia: uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica.** Lisboa: Faculdade de Farmácia de Lisboa, 2005.

ENEFAR. Campanha 05 de Maio: pelo uso racional de medicamentos. Brasil, 2013.

FERREIRA, M.J.Q. **Assistência Farmacêutica Pública: uma revisão de literatura.** 2011. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

FIGUEREDO, C.A.; GURGEL, I.G.D.; GURGEL JUNIOR, G.D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis (Rio J.)**, v. 24, n. 2, p. 381-400, 2014.

FILHO, H; M; S. **Direito à saúde:** a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2010. 99f. Monografia - Curso de Ciências Jurídicas, Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ, João Pessoa, Paraíba, 2006.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1984.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: Privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 216, 2002.

GONÇALVES, N.M.T. et al. Políticas de Saúde para a Fitoterapia no Brasil. **Revista Cubana de Plantas Medicinales**, v. 18, n. 4, 2013.

GOUVEIA, R.; PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da

exclusão social. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

GUEDES, C.R. et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

Jr. BATISTA, F. Gestão do SUS: o que fazer?. **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

KINZO, M.D.G. A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 3-12, 2001.

KORNES, G.EM; BRAGA, M.H; ZAIRE, C.E.F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev APS**, v. 11, n. 1, p. 85-99, 2008.

KROPOTKIN, K. **Ajuda Mútua: um fator de evolução**. São Sebastião: A Senhora, 2009.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

MACHADO, S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. **Rev. Adm. Pública**, v. 47, n. 3, 2013.

NAPOLITANO, M. **1964: história do regime militar brasileiro**. São Paulo: Contexto, 2014.

NASCIMENTO, A.C. Propaganda de medicamentos para grande público: parâmetros conceituais de uma prática produtora de risco. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3423-3431, 2010.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R.G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. salud pública**, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012.

PELICIONI, A.F. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia.

QUENTAL, C. et al. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. supl, p. 619-628, 2008.

SAMUELS, D. **A economia política da reforma macroeconômica no Brasil, 1995-2002**. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, M.J.S. **A educação farmacêutica como instrumento para a manutenção ou transformação da sociedade.** 2013.

TOBAR, F. Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 1, p. 59-67, 2008.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las Instituciones Internacionales. **Salud colectiva**, v. 3, n. 1, p. 33-48, 2007.

UGALDE, A.; JACKSON, J.T. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. **Cuad. méd. soc.(Ros.)**, n. 73, p. 45-60, 1998.