



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

**Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos
antirretrovirais: Uma breve comparação de preços no Brasil e na América
Latina**

Marcela Simões

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

**Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos
antirretrovirais: Uma breve comparação de preços no Brasil e na América
Latina**

Marcela Simões

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

São Paulo

2012

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

Título: Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos antirretrovirais:

Uma breve comparação de preços no Brasil e na América Latina

Autor: Marcela Simões

Ano: 2012

Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Orientadora

Nota:

Profa.Dra.Marislei Nishijima

Participante da Banca de Avaliação

Nota:

Dedicatórias e Agradecimentos

Inside my heart is breaking, my make up may be flaking, but my smile still stays on... I'll face it with a grin, I'm never giving in, On - with the show (Freddie Mercury - The show must go on).

Eu dedico meu trabalho aos meus pais que sempre me despertaram interesse pelo assunto e por todo apoio que sempre me deram em relação à minha vida acadêmica e ingresso na Universidade de São Paulo.

Dedico também este trabalho a meu namorado Fábio Alves Correa, também graduado em Gestão de Políticas Públicas, pelos extensos debates acerca do tema e ajuda infinitas com a elaboração do trabalho.

Gostaria também de agradecer á Dra. Flávia Mori Sarti pela dedicação como professora e agora como orientadora, em sempre me atender quando necessário e por ser sempre paciente e atenciosa comigo. Gostaria também de agradecer à Dra. Marislei Nishijima, pela participação na minha banca.

Por fim, dedico este trabalho aos portadores do HIV no Brasil e no mundo, que lutaram anos e ainda lutam por seus direitos e por qualidade de vida e aos amigos, familiares e fãs dos que morreram na luta contra a doença.

Sumário

Introdução	7
Histórico da epidemia e política pública HIV/AIDS no Brasil	9
No princípio, a mobilização social... ..	10
Os atores do processo da criação da política pública.....	12
Atores econômicos	12
Atores estatais	14
Atores internacionais.....	14
Atores sociais	15
Histórico das políticas públicas de influência sobre medicamentos ARV no Brasil.....	17
Política de medicamentos no Brasil.....	17
Movimento sanitário	17
As ações do Estado e o papel do Banco Mundial	18
Governo Collor	18
Lei de Patentes	19
Lei Sarney	19
A política de medicamentos genéricos	20
Caracterização dos medicamentos ARVs.....	23
Metodologia.....	25
Resultados.....	27
Conclusão.....	31
Referências.....	32

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1. Linha do tempo das ações de política pública relativas a medicamentos no Brasil.	22
Tabela 1. Descrição das principais classes de medicamentos ARV.....	24
Tabela 2. Comparação de preços de medicamentos ARV selecionados no Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai (valores em reais atualizados para 2012).	28
Tabela 3. Evolução dos preços de medicamentos ARV (valores em reais atualizados para 2012). Brasil, 1996 a 2010.	30

Lista de Abreviaturas

ARV- Medicamentos Antirretrovirais

WHO- World Health Organization

HAART- Highly Active Antiretroviral Therapy

DST/AIDS- Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV- Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

ONG's- Organizações não governamentais

ANVISA- Agência de Vigilância Sanitária

Resumo

Marcela Simões. **Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos antirretrovirais: Uma breve comparação de preços no Brasil e na América Latina.** São Paulo, 2012.

Este trabalho é uma breve análise da evolução dos preços de medicamentos ARV no Brasil e em outros países da América Latina (Argentina, Paraguai e Uruguai). Esta metodologia tornou-se uma forma de analisar a eficácia da implantação da política pública no contexto econômico sob perspectiva governamental. Foi verificado que os preços dos ARV nos demais países é significativamente superior aos preços dos medicamentos ARV no Brasil. Possivelmente, um dos principais fatores de influência para redução dos preços dos medicamentos ARV ao longo dos anos no Brasil tenha sido a elevação da concorrência no setor farmacêutico nacional, especialmente a partir da instituição da Política de Medicamentos Genéricos.

Introdução

Os avanços do Brasil na saúde pública foram bastante significativos nas últimas décadas, principalmente no que se refere aos progressos tecnológicos da indústria farmacêutica. O uso de medicamentos é parte intrínseca dos tratamentos em saúde que têm contribuído à elevação da expectativa de vida da população mundial, assim como à manutenção da qualidade de vida, especialmente a partir do desenvolvimento de medicamentos de maior eficácia e segurança ao longo dos anos (Portela *et al.* 2010:9).

A distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARV)¹ tem contribuído às políticas de saúde pública no Brasil dentro de tal contexto, no âmbito do Programa Nacional DST/AIDS. No entanto, também traz questionamentos quanto à sua operacionalização e sustentabilidade, tendo em vista o volume de gasto público envolvido.

É necessário destacar que há pouca literatura sobre gastos em medicamentos no âmbito de políticas públicas de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, especialmente porque tratamentos de escala populacional no contexto de políticas públicas de saúde no mundo são bastante recentes.

Os preços de alguns dos medicamentos ARV de primeira linha recentemente apresentaram queda no mercado mundial, tendo em vista a consolidação de uma política de preços para diferentes tipos de países por parte das empresas farmacêuticas envolvidas na produção, além do advento dos medicamentos genéricos, que representam concorrência no mercado de ARV.

Entretanto, segundo dados da *World Health Organization* (WHO), o menor custo por indivíduo por ano registrado em 2010 (em torno de US\$142 PPPY) no tratamento de terapia antiretroviral altamente ativa (HAART) ainda está além do alcance da maioria dos pacientes (Nunn *et al.* 2007:2).

O alto custo da política pública de distribuição gratuita de medicamentos para tratamento ARV no Brasil somente é justificável caso exista ampla cobertura de pacientes soropositivos no programa. Assim, a análise comparativa de preços dos medicamentos ARV em relação a outros países é uma forma de buscar medir a eficácia da política pública.

Assim, estipulou-se como objetivo do presente trabalho realizar uma análise da evolução dos preços de medicamentos ARV no Brasil e em outros países da América Latina, de forma a caracterizar a atuação da gestão de políticas públicas na promoção de eficácia dos programas de saúde, especificamente do Programa Nacional DST/AIDS.

¹ Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996.

É importante ressaltar a importância do presente tema no âmbito do estudo da gestão de políticas públicas, tendo em vista que busca contribuir à análise das etapas de formulação e implementação de programas governamentais, por meio do estudo dos custos gerados pela implementação, considerando-se o processo de agenda e formulação do programa de saúde em foco.

Histórico da epidemia e política pública HIV/AIDS no Brasil

As últimas cinco décadas das políticas públicas de saúde no Brasil foram marcadas pelas tentativas de pôr em prática um programa que assegure acesso universal a medicamentos considerados essenciais à manutenção da saúde humana, em diversos momentos e em diferentes governos.

Segundo Villela (2009), o cenário das políticas de saúde nacionais ao final da década de 1980 era marcado pelos efeitos do processo de redemocratização, a partir do fortalecimento dos movimentos sociais e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado.

Simultaneamente, a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) alcança proporções significativas em território nacional, embora inicialmente confinada a grupos restritos da sociedade. O preconceito, estigma e discriminação contra indivíduos infectados pela doença, aliados à mobilização da comunidade pela promoção da saúde da população brasileira, influenciam a formação de grupos em defesa de uma política de prevenção e tratamento da doença.

Assim, torna-se importante reconhecer o papel histórico dos atores envolvidos no processo de inclusão da política de distribuição gratuita de medicamentos para tratamento antirretroviral na agenda governamental, assim como em sua posterior formulação e implementação.

No princípio, a mobilização social...

Segundo Villela (1999), o aparecimento da AIDS no cenário internacional inicia uma nova forma de articulação entre Estado e sociedade civil, caracterizado pelo estabelecimento de parcerias e pelo financiamento direto do governo para organizações não governamentais (ONGs) que já atuavam na área e cuja penetração nos grupos populacionais vulneráveis facilitava as ações previstas.

Teixeira (1997) argumenta que tais decisões constituem o primeiro marco político adotado pelo Estado brasileiro no âmbito da saúde pública, que viria a influenciar a maioria das decisões públicas assumidas no país nos anos seguintes, no que tange ao estabelecimento de um programa de prevenção e tratamento da doença.

Entre as principais decisões adotadas no âmbito das parcerias estabelecidas entre governo e sociedade civil, Villela (2009) ressalta a resposta imediata, a proposta de envolver a comunidade, o reconhecimento da legitimidade da demanda (mesmo que proveniente de um grupo socialmente minoritário) e a ausência da postura discriminatória que caracterizava a doença.

Teixeira (1997) explica, ainda, que tal demanda foi gerada por indivíduos com envolvimento na prática da luta social pelos direitos de um setor marginalizado e minoritário da população (no caso, os homossexuais). Ademais, a coordenação das ações foi concedida a um grupo de atores sociais que usualmente lidavam com outra enfermidade historicamente vinculada ao contágio e à discriminação em relação aos seus portadores: a hanseníase. Por fim, o cenário político vigente coincidia com o primeiro governo eleito democraticamente após o golpe militar de 1964, caracterizando-se pela presença de um movimento sanitarista e progressista.

Deve-se ressaltar que ocorreram reações desfavoráveis às ações propostas no programa. Segundo Villela (2009), setores da própria saúde foram contrários à priorização dada a um problema de pequena dimensão à época, restrito a um grupo minoritário da população. Da mesma forma, argumentavam que a AIDS não satisfazia os critérios epidemiológicos de magnitude e vulnerabilidade necessários para justificar intervenções no âmbito das instituições responsáveis pela saúde pública do país.

Ademais, de acordo com Teixeira (1997), ao início da década de 1990, a atuação de organismos internacionais historicamente importantes à adoção de políticas públicas no Brasil ainda era bastante tímida.

Galvão (2000) e Teixeira (1997) defendem que avanços obtidos desde então resultam da atuação articulada e sistemática de setores progressistas da saúde pública, de movimentos e grupos comunitários e da opinião pública, intermediada pela imprensa, que criava o cenário favorável à exigência e implantação de medidas consideradas politicamente avançadas. Outros atores, como universidades, conselhos de medicina e igrejas, também apresentaram papéis de destaque na geração e implementação de políticas públicas para controle e tratamento da AIDS no Brasil.

Os atores envolvidos no enfrentamento da doença, portanto, apresentaram importantes iniciativas no estabelecimento do programa nacional. Segundo Villela (2009), inicialmente restritas a ações pontuais em alguns estados, posteriormente, adotadas na maioria das unidades da Federação, baseadas nas premissas adotadas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Posteriormente, a exposição dos casos de AIDS nos grandes meios de comunicação, a morte de pessoas importantes e famosas e o surgimento das primeiras ONGs de combate ao alastramento da doença tornam-se fatores que destacam a atuação do Estado sobre uma epidemia que, agora, espalhava-se por diversos segmentos da sociedade (Villela 2009).

A pressão social dos atores que atuavam no tratamento dos pacientes com AIDS atingiu volume tal que propiciou o início das negociações em esfera federal, até gerar a primeira lei a respeito do assunto (Portaria 236, de 02 de maio de 1985, do Ministério da Saúde), que, segundo Villela (2009), “*estabelecia as diretrizes para um programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária*”.

Segundo Galvão (2000), os motivos-chave para a luta dos movimentos sociais envolviam a percepção da gravidade e impacto da doença associada à compreensão das deficiências do sistema público de saúde no atendimento aos pacientes soropositivos, como forma de mobilizar o Estado ao controle da doença no país.

A ação do Estado foi reativa e, após a criação da Comissão de Assessoramento em AIDS (atual Comissão Nacional de AIDS – CNAIDS) e da Portaria Ministerial 542/86, criou-se o Programa Nacional de DST/AIDS em 1988, no âmbito de Ministério da Saúde.

Do início do processo de criação de medidas estatais até a contenção da doença, é possível identificar a atuação de importantes atores defendendo interesses de ordem estatal, social ou econômica.

Os atores do processo da criação da política pública

A política não é somente uma disputa pelo poder, mas também é uma luta pelos interesses envolvidos, onde algumas instituições atribuem poder a alguns grupos em detrimento de outros. Os interesses, no caso, devem ser vistos como objeto de disputa que, no fim, vão definir o processo político (Hall 2002 apud Villela 2009:35).

Segundo Vieira (1998), é no âmbito do Estado que existem direitos, assim como é no âmbito do Estado que tais direitos podem ser assegurados, universalizados e transformados em políticas públicas.

Também é por meio do Estado democrático que há possibilidade de criação de movimentos sociais para defesa de interesses de grupos populacionais. Em última instância, a qualidade do Estado depende da qualidade política da sociedade civil.

A partir do aprofundamento e do desenvolvimento dos direitos de cidadania, tanto sociais quanto políticos, foi possível uma nova configuração de Estado (Estado democrático) (Villela 2009). Sendo assim, a sociedade só é capaz de atuar em prol de uma medida política governamental que atenda às suas demandas quando está em condições de exercer plenamente seus direitos de cidadania.

Desde o início da luta contra a doença, os atores mobilizados tinham consciência de seus direitos como cidadãos e usavam tais prerrogativas para exigir a contrapartida do Estado em prover os meios de acesso ao tratamento (Villela 2009).

A identificação dos principais atores envolvidos no jogo político de estabelecimento do Programa Nacional DST/AIDS torna-se pertinente à análise do processo de formulação da política de saúde envolvendo a prevenção e o tratamento da AIDS no Brasil.

Atores econômicos

No contexto da globalização dos mercados de consumo, o processo de industrialização tardia ocorrido em determinados países (como Brasil e outros países da América Latina) apresenta até atualmente influência sobre a estrutura produtiva de tais nações. No caso brasileiro, é possível verificar a presença de atrasos ainda hoje em determinados setores produtivos nacionais, destacando-se, no presente estudo, o setor de produção de fármacos.

Um fator decisivo ao crescimento da indústria farmacêutica em países desenvolvidos nas últimas décadas reside na exploração monopolística de inovações farmacêuticas, mediante registro de patentes de invenções (Loyola 2008). Durante o governo Vargas, a partir de 1945, o governo federal estipulou a desconsideração de patentes de produtos farmacêuticos, acordo em vigor desde a Convenção de Paris, em 1883, da qual o Brasil foi signatário.

A partir do mecanismo de similaridade de registro de produtos novos provenientes de substâncias já registradas por outras empresas, o setor produtivo nacional estabeleceu as linhas de produção de medicamentos brasileiros, buscando também superar, ainda que parcialmente, a indisponibilidade de matérias-primas no mercado nacional. Entretanto, posteriormente, a maioria das empresas farmacêuticas brasileiras teve dificuldades em lidar com as pressões das empresas estrangeiras que ingressam no país a partir dos incentivos governamentais para aceleração do processo de industrialização do país (Loyola 2008).

A década de 1950 foi caracterizada por um ritmo intenso de aquisição dos laboratórios nacionais por empresas estrangeiras, assim como início da desnacionalização definitiva da indústria farmacêutica brasileira. Ao final da década de 1980, cerca de 80% do mercado brasileiro de especialidades farmacêuticas era controlado por subsidiárias de empresas multinacionais (Loyola 2008).

Um dos principais problemas da desnacionalização da produção de fármacos refere-se à ausência de investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) no país, tendo em vista a concentração de tais atividades nos países de origem das empresas farmacêuticas (Loyola 2008).

A falta de investimento em P&D, em última instância, reflete-se em baixa apropriação de recursos financeiros baseada em direito de propriedade sobre inovações tecnológicas no Brasil, além de ausência de oportunidades de treinamento de recursos humanos em técnicas avançadas de pesquisa e formação de conhecimento científico.

Simultaneamente, diversos autores argumentam quanto à ausência de pesquisas ao desenvolvimento de medicamentos destinados ao tratamento de doenças tropicais e outros tipos de morbidades denominadas doenças negligenciadas, que atingem indivíduos de baixa renda; tendo em vista a concentração da produção da indústria farmacêutica mundial em medicamentos rentáveis, direcionados a segmentos populacionais de maior renda (Loyola 2008).

Tais interesses econômicos permeiam, até atualmente, a implementação do programa de distribuição gratuita de medicamentos ARV, tornando-se uma força de influência na formulação da política pública de prevenção e tratamento da AIDS (Loyola 2008).

Atores estatais

O Estado é uma instituição de interesses heterogêneos, ou seja, dentro do próprio Estado há grupos de interesses com posturas bastante distintas entre si. Assim, enquanto grupos ligados às áreas de orçamento e gestão pública buscam defender políticas de menor gasto, há grupos ligados aos direitos humanos e constitucionais que visam garantir a consolidação dos direitos expressos em diferentes esferas governamentais.

Grupos de atores governamentais envolvidos em parcerias público-privadas buscam viabilizar diferentes ações de políticas públicas por meio de acordos entre setor público e setor privado, incluindo segmentos da sociedade civil organizada, a partir da ótica dos programas governamentais em que se inserem.

É importante ressaltar que as decisões tomadas pelos agentes estatais são permeadas pela política, que delimitam a visão de Estado dada por cada governante. No que concerne ao estabelecimento do programa de distribuição de medicamentos ARV, inicialmente, diferentes parcerias nos vários segmentos governamentais resultaram em ações distintas adotadas a partir de decisões tomadas de forma descentralizada.

Parte dos atores governamentais ainda apresentava ligação com o movimento sanitarista brasileiro, atuando com o propósito de buscar incentivar a produção nacional de fármacos e, ao longo do tempo, reduzir custos de produção de medicamentos; resultando em minimização do impacto orçamentário da política de distribuição gratuita de medicamentos ARV ao Estado brasileiro.

Atores internacionais

Um dos principais atores internacionais no contexto do Programa Nacional DST/AIDS brasileiro foi o Banco Mundial. A atuação do Banco Mundial como financiador e controlador dos indicadores obtidos no programa nacional auxiliou na determinação dos rumos da política pública; tendo em vista as exigências de contrapartida ao financiamento, que envolviam a contribuição com ideias e diretrizes implementadas em cada estado (Villela 2009).

Assim, a política nacional desenvolveu uma série de medidas que garantiu um conjunto de condições originais, ou seja, ações inovadoras tomadas pelo Estado, incluindo o envolvimento direto de outros atores na implementação do programa (Villela 2009).

Atores sociais

A formulação da política de prevenção e tratamento da AIDS no Brasil baseou-se, em diversos momentos, na determinação de grupos de atores sociais, a partir da mobilização social e instituição de uma série de ações que contribuíram ao engajamento político dos governantes da época, que iniciaram política pública que tem evoluído a partir de sua consolidação efetiva em meados da década de 1990.

Segundo Galvão (2002), as lições da resposta global frente à pandemia de HIV/AIDS foram a mobilização e a participação da sociedade civil como partes fundamentais das respostas nacionais e internacionais em saúde pública.

Segundo Villela (2009), a participação social tornou-se um dos pontos-chave da resposta política brasileira à epidemia, incluindo atores religiosos, associações profissionais e filantrópicas, grupos de intelectuais, juristas, jornalistas, acadêmicos, profissionais da saúde, ativistas sociais e grupos marginalizados, entre outras comunidades que participaram do movimento.

Grupos formados por indivíduos portadores do HIV/AIDS também estavam diretamente envolvidos na construção do programa nacional desde o final da década de 1980, seguindo uma tendência internacional, a partir da criação de organizações e espaços que viabilizaram a apresentação das reivindicações dos pacientes soropositivos.

Os atores sociais mais influentes no processo de criação e consolidação da política foram exatamente os representantes dos indivíduos mais próximos à doença. Segundo Loyola (2008), a proximidade e, principalmente, o espírito de luta caracterizam o enfrentamento da AIDS em seus primórdios e parecem estar presentes, ainda hoje, na atuação de alguns atores contemporâneos do movimento.

Esses primeiros tempos aparecem... [como] uma verdadeira batalha contra a AIDS: com muitas perdas de vidas de pessoas próximas àquelas mais diretamente envolvidas em seu combate. (Loyola 2008:768).

A ampla disseminação pela mídia dos casos de doença entre personalidades, principalmente no meio artístico nacional e internacional, foi um fator social adicional que impulsionou a implementação de um programa nacional. Assim, o envolvimento social no movimento de prevenção e tratamento da AIDS no Brasil também foi baseado na constatação de ampla disseminação da doença em diferentes classes sociais no país, tornando-se um apoio

generalizado que incluía a inserção das elites nacionais na proposição de ações políticas em relação à doença.

Segundo Galvão (2002), em 1999, a aquisição de medicamentos para tratamento da AIDS e outras doenças foi suspensa, tendo em vista problemas relativos à desvalorização cambial. Entretanto, devido a uma mobilização de caráter nacional das organizações da sociedade civil envolvidas no tratamento de pacientes com HIV/AIDS, ocorreu liberação dos recursos financeiros necessários à compra dos medicamentos necessários.

No ano seguinte, a falta de recursos no Ministério da Saúde tornou-se elemento de restrição à aquisição de medicamentos. Uma nova mobilização da sociedade civil obteve, novamente, liberação dos recursos para compra dos medicamentos (Galvão 2002).

Segundo Ramos (2004), a presença de ONGs e seus laços com instituições internacionais foram importantes para inserção da questão da AIDS na agenda governamental brasileira. Anteriormente restritas a uma situação de clandestinidade durante o período militar (Galvão 2000), as primeiras ONGs brasileiras inseridas no movimento de instituição de uma política de combate à AIDS foram criadas entre 1985 e 1991, buscando maior visibilidade do trabalho realizado a partir de contatos internacionais.

A atuação de tais organizações tornou-se ponto-chave na implementação dos financiamentos do Banco Mundial ao Programa Nacional DST/AIDS, tendo em vista sua inserção junto às comunidades vulneráveis (Galvão 2000).

Assim, a presença da sociedade civil organizada no contexto das respostas à epidemia contribuiu e ainda contribui efetivamente aos rumos da implementação de políticas públicas de prevenção e tratamento à doença.

Histórico das políticas públicas de influência sobre medicamentos ARV no Brasil

Política de medicamentos no Brasil

É importante destacar que impasses em relação à indústria farmacêutica multinacional existem desde 1962 (Loyola 2008). As políticas nacionalistas implementadas em diversos governos incluíram criação de vários órgãos de regulação do setor farmacêutico no Brasil, que exerciam ações no sentido de controle de preços e incentivos à produção nacional.

Destaca-se, inicialmente, a criação do GEIFAR (Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica), criado em 1962 para fortalecer o setor farmacêutico brasileiro via estímulos ao mercado interno e à indústria nacional de fármacos e extinto durante a ditadura militar (Loyola 2008).

Durante o governo Médici, foi criada a CEME (Central de Medicamentos), que apresentava como objetivos o apoio a investimentos na indústria nacional e a aquisição de medicamentos no mercado internacional. O caráter dualista da CEME encerrava uma contradição intrínseca à instituição: tanto buscava reduzir a dependência brasileira de mercados internacionais, quanto realizava compras de medicamentos provenientes de empresas farmacêuticas multinacionais (Loyola 2008).

Em 1973, a CEME foi transformada em empresa pública, a partir da criação do Plano Diretor de Medicamentos (PDM). No ano seguinte, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que era considerada um importante complemento à atuação da CEME e um precedente à criação da atual política de medicamentos genéricos (Loyola 2008).

Movimento sanitарista

A atuação do movimento sanitарista garantiu, durante a constituinte, a inserção do direito universal e integral à saúde na Constituição Federal de 1988. O cuidado integral à saúde deve incluir obrigatoriamente a provisão dos medicamentos necessários ao tratamento das morbidades identificadas na população, tendo em vista a continuidade da terapia para eficácia das políticas de saúde.

A ausência do direito constitucional de acesso universal e integral à saúde poderia impor sérias barreiras à instituição de uma política de distribuição gratuita de medicamentos no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Loyola (2008), o movimento sanitariaista conduziu às premissas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se, posteriormente, o papel dos atores oriundos do movimento na criação do Programa Nacional DST/AIDS durante a década de 1990.

As ações do Estado e o papel do Banco Mundial

Segundo Villela (2009), o ano de 1992 representa uma importante fase às políticas públicas de prevenção e tratamento da AIDS no Brasil. A negociação do primeiro acordo de financiamento do Banco Mundial implicou em uma estratégia que visava uma atuação expressiva do Estado brasileiro, em busca da promoção de uma política eficiente de combate à epidemia de AIDS.

O financiamento do Banco Mundial foi desenvolvido por meio de três planos consecutivos de ações de políticas públicas: Plano AIDS I (1992 a 1998), Plano AIDS II (1998 a 2002) e Plano AIDS III (2003 a 2006). O Plano AIDS I foi importante para desencadear ações de enfrentamento da epidemia, via incremento dos recursos financeiros disponíveis ao tratamento da doença e visibilidade do programa brasileiro em nível nacional e internacional. O Plano AIDS II deu continuidade ao acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e Banco Mundial, visando à melhoria da qualidade do serviço de diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV em âmbito nacional.

Finalmente, o Plano AIDS III garantiu aporte de recursos financeiros adicionais para manutenção das principais metas dos acordos anteriores, assim como introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamentos.

Governo Collor

A ampla abertura da economia brasileira, instituída pelo governo Collor, representou um período favorável às empresas multinacionais e a derrocada das empresas nacionais de fármacos, tendo em vista a ausência de ações estratégicas de aperfeiçoamento da competitividade interna.

Produtos fabricados no país eram excluídos da pauta de importações a menos que houvesse escassez no mercado interno ou preços nacionais abusivos (Loyola 2008). Em 1992, o governo brasileiro já não exercia regulação de preços de medicamentos, assim, o valor unitário dos medicamentos no país elevou-se significativamente. Entretanto, deve-se destacar que, mesmo sendo caracterizado como período de dificuldades no setor farmacêutico

nacional, também foi um marco ao estabelecimento dos programas de aquisição de medicamentos em nível nacional para distribuição gratuita.

Lei de Patentes

A Lei de Patentes foi enviada à Câmara dos Deputados pelo presidente Fernando Collor em 1991. A lei buscava introduzir o respeito às patentes de medicamentos e outros produtos, sendo aprovada somente em 1996, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, especialmente a partir de pressões externas.

A regulamentação prevista inclui o reconhecimento retroativo de patentes, impondo a aceitação de patentes estabelecidas até cinco anos antes da aprovação da lei brasileira (Loyola 2008). No entanto, o artigo 68 da Lei de Patentes inclui a possibilidade de licenciamento compulsório, que permite a quebra de patentes após três anos de concessão ou por interesse público, no caso de patentes internacionais, como no caso do medicamento ARV Efavirenz, em 2007.

Lei Sarney

A Lei de Patentes foi instituída em um período de pressão judicial de movimentos pela distribuição gratuita e universal de medicamentos ao tratamento da AIDS (Loyola 2008).

Por um lado, a Lei de Patentes² refletiu-se em incremento de preços dos medicamentos, comprometendo o orçamento público, no entanto, por outro lado, o Estado devia atender aos direitos em saúde da população via distribuição de medicamentos ARV, estipulada no mesmo ano de 1996³.

A lei de distribuição gratuita de medicamentos ARV na rede pública brasileira, proposta pelo senador José Sarney, foi nomeada em sua homenagem. O peso do programa nacional no orçamento público tornou-se crescente: em 1996, os gastos com medicamentos foram da ordem de 35 milhões de dólares; em 1997, atingiram a marca de 224 milhões de dólares; em 1998, alcançaram 305 milhões de dólares; e, em 1999, 335 milhões de dólares (Loyola 2008).

Dentro do contexto problemático, os técnicos do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de DST/AIDS buscaram retomar a estratégia de investimento na produção nacional de medicamentos, via criação de laboratórios estatais (Loyola 2008).

² Lei 9.279, de 14 de maio de 1996.

³ Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996.

A política de medicamentos genéricos

Um medicamento genérico é aquele similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI) (RDC 16 da ANVISA, de 02 de março de 2007).⁴

A melhor definição de medicamentos genéricos na própria regulamentação em vigor no Brasil refere-se à equivalência terapêutica, que considera medicamentos terapeuticamente equivalentes e, portanto, intercambiáveis entre si. Constituem produtos equivalentes farmacêuticos, ou seja, apresentam resultados idênticos em estudos *in vitro* e, após administração na mesma dose molar, seus efeitos em relação à eficácia e segurança são essencialmente os mesmos, avaliados por meio de estudos clínicos de bioequivalência apropriados.

Os incrementos sucessivos nos gastos do Ministério da Saúde e o reconhecimento do acesso gratuito aos medicamentos como direito social geraram a necessidade de busca de alternativas para redução de custos e aumento da eficácia na distribuição de medicamentos. No ano de 1999, o projeto de lei⁵ proposto pelo deputado Eduardo Jorge, em tramitação desde 1991, foi finalmente aprovado, dando origem à Lei de Genéricos⁶.

Embora tenham sido inseridas alterações no projeto de lei original, o incentivo à produção nacional de medicamentos foi mantido. Segundo a proposta original, o governo somente poderia adquirir medicamentos genéricos e o nome comercial dos medicamentos deveria ser banido. A partir das modificações aprovadas, o nome comercial é apresentado junto ao nome genérico e há aquisição preferencial de medicamentos genéricos por parte do Estado.

Durante os anos de 1990 e 2002, a política de medicamentos genéricos foi amplamente veiculada nos meios de comunicação, sendo objeto de 71 reportagens entre janeiro e fevereiro de 1999, momento em que aprovada e sancionada pelo presidente (Loyola 2008).

⁴ Resolução anterior: RDC 84 da ANVISA, de 19 de março de 2002.

⁵ Projeto de Lei 2.022, de 1991.

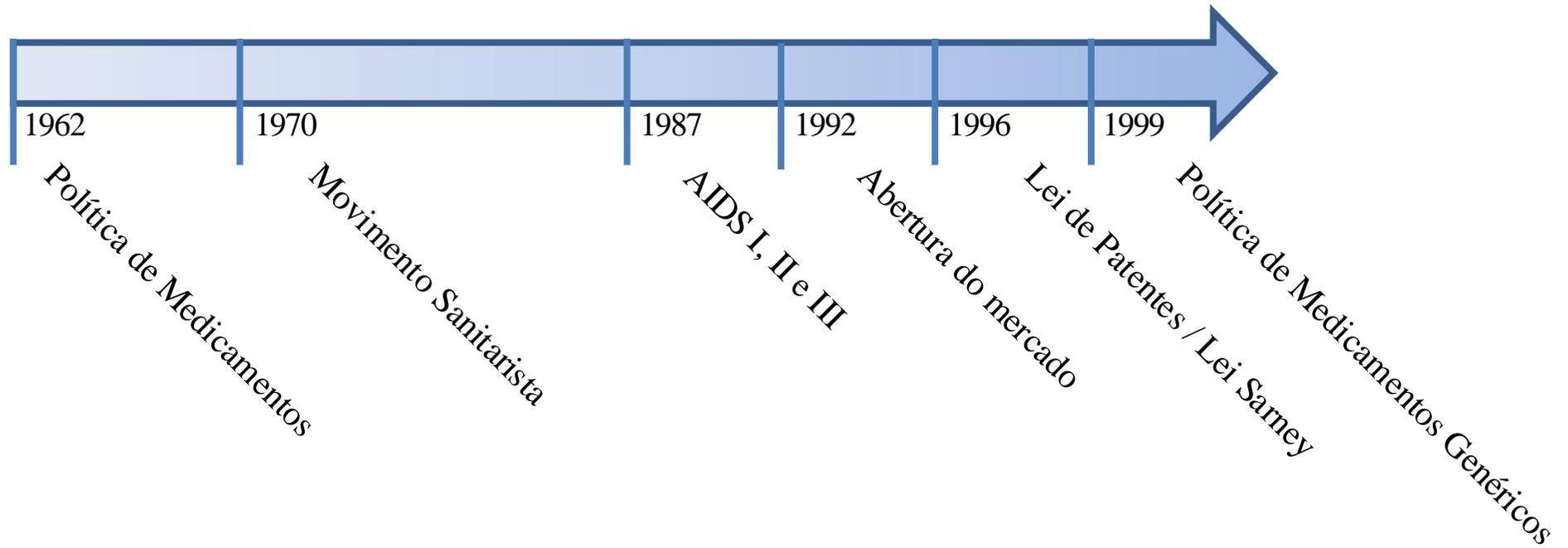
⁶ Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

Ademais, a articulação entre o Programa Nacional DST/AIDS e a Política de Medicamentos Genéricos permitiu a instituição de programas industriais de cópia e produção de medicamentos ARV.

Tais programas industriais apontam alterações nas relações históricas entre os setores nacionais e internacionais da indústria farmacêutica. [A] efetiva implantação dos genéricos no Brasil esta fortemente relacionada ao advento da AIDS; mais precisamente, a uma política bem sucedida que mobiliza mecanismos de enfrentamento da atuação perversa das multinacionais já construídos e utilizados no passado. (Loyola 2008:764).

Segundo estudo realizado pelo IPEA (2003), o advento dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro pode representar uma estratégia empresarial de crescimento da indústria farmacêutica nacional com benefícios aos programas de saúde. Ademais, dentro do contexto do Programa Nacional DST/AIDS, propiciaria sustentabilidade da política pública em longo prazo.

Figura 1. Linha do tempo das ações de política pública relativas a medicamentos no Brasil.



Caracterização dos medicamentos ARVs

Segundo Monteiro (2011), o primeiro projeto brasileiro para produção de medicamento antirretroviral data do final dos anos 1980 e início dos anos 1990. A zidovudina (AZT) constituiu o primeiro medicamento ARV produzido no Brasil, em 1993.

A terapia ARV busca diminuir a atividade do vírus HIV no organismo humano, aumentando o desempenho do sistema imunológico do paciente e evitando o surgimento de sintomas da AIDS, assim como o aparecimento de doenças oportunistas.

Atualmente existem 21 medicamentos disponibilizados pelo governo brasileiro, sendo 10 produzidos no país: zidovudina (cápsula de 100 mg, soluções oral e injetável); didanosina (pó para preparação extemporânea); associação zidovudina e lamivudina (comprimido de 300 mg + 150 mg); lamivudina (comprimido de 150 mg e solução oral); estavudina (cápsula de 30 mg e pó para solução oral); indinavir (cápsula de 400 mg); nevirapina (comprimido de 200 mg); ritonavir (cápsula de 100 mg) e efavirenz (comprimido de 600 mg). Em maio de 2010, o Ministério da Saúde anunciou o início da produção do tenofovir (Brasil 2012).

Segundo Monteiro (2011), o tratamento do HIV via terapia ARV exige a combinação de, pelo menos, três diferentes classes de medicamentos ARV (Tabela 1). A terapia deve ter acompanhamento médico contínuo para avaliação da resposta do organismo ao tratamento, dos efeitos colaterais e da adesão à terapia. Os medicamentos ARVs no Brasil são, em sua maioria, destinados a uso hospitalar e, portanto, não são disponibilizados para aquisição no varejo do setor privado.

Os governos federal, estaduais e municipais têm diferentes responsabilidades na aquisição e distribuição⁷ dos medicamentos ARV, definidas em reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que inclui representantes do Sistema Único de Saúde (SUS) federal e estadual, assim como representantes dos Secretários Municipais de Saúde.

⁷ Portaria 2.981, de 2009.

Tabela 1. Descrição das principais classes de medicamentos ARV.

Classes de medicamentos ARV
<i>Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa</i> Atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA do vírus e tornando-a defeituosa, o que impede a proliferação do vírus. Incluem: Zidovudina, Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina e Tenofovir.
<i>Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa</i> Bloqueiam diretamente a ação da enzima transcriptase reversa e a multiplicação do vírus. Incluem: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina.
<i>Inibidores de protease</i> Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas por HIV. Incluem: Amprenavir, Atazanavir, Darunavir, Indinavir, Lopinavir, Nelfnavir, Ritonavir e Saquinavir.
<i>Inibidores de fusão</i> Impedem a entrada do vírus na célula. Incluem: Enfuvirtida.
<i>Inibidores da integrase</i> Bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV no DNA humano, inibindo a replicação do vírus. Incluem: Raltegravir.

Fonte: Ministério da Saúde (2011) apud Monteiro 2011.

Metodologia

O presente trabalho é baseado em pesquisa bibliográfica e análise da evolução dos preços dos medicamentos ARV no Brasil, assim como uma comparação com preços de medicamentos ARV em outros países da América Latina.

O resgate histórico baseado em revisão de literatura torna-se necessário à discussão e análise de uma política pública consolidada, como o Programa Nacional DST/AIDS no Brasil, especialmente considerando-se o papel dos atores sociais econômicos e políticos na definição do programa, desde o ingresso da temática na agenda governamental até sua implementação.

A análise da evolução dos preços dos medicamentos, em perspectiva comparada com outros países regionalmente próximos, tornou-se uma forma de analisar a eficácia da implantação da política pública no contexto econômico sob perspectiva governamental.

Os dados de aquisição de medicamentos ARV pelo governo brasileiro foram obtidos por meio de contato com o Ministério da Saúde/ANVISA, sendo, portanto, dados oficiais do governo federal referentes aos anos de 1996 a 2010.

No caso dos dados de outros países da América Latina (no caso, Argentina, Paraguai e Uruguai), foram obtidas informações sobre preços dos medicamentos ARV em portal eletrônico institucional da KAIROS web no ano de 2012, organização que disponibiliza dados sobre medicamentos no Brasil e na América Latina (inclusive informações sobre laboratórios, concentrações e preços de mercado).

Após a coleta de dados, foi realizado um cruzamento dos nomes dos princípios ativos que constavam no banco de dados do Ministério da Saúde e KAIROS web, de forma a destacar dados dos princípios ativos atualmente produzidos no Brasil.

É importante ressaltar que os dados foram convertidos em unidades farmacotécnicas, ou seja, o preço do medicamento (embalagem) coletado foi dividido pelo número unidades posológicas (um comprimido, ou uma cápsula, ou outra unidade fundamental de equivalência na dosagem do princípio ativo em questão), resultando em preço unitário por dose para manter uma única base de análise.

Foram selecionados dados de preços pagos pelo Ministério da Saúde em dois momentos: 1998 (ano anterior à aprovação da Política Nacional de Medicamentos Genéricos) e 2010 (último ano disponibilizado no banco de dados); de forma a possibilitar uma análise do impacto da produção de medicamentos ARV no Brasil via política de genéricos.

Os dados brasileiros analisados foram convertidos em unidades monetárias atualizadas pela aplicação da taxa de inflação nos períodos considerados. No caso dos dados dos demais

países da América Latina, foram aplicadas taxas de câmbio para conversão dos dados de outras unidades monetárias em unidades monetárias brasileiras (reais), conforme pesquisa realizada no Banco Central do Brasil.

Os dados de preços de medicamentos na Argentina estavam disponíveis em dólares norte-americanos. Os dados referentes ao Paraguai e Uruguai estavam apresentados em unidades monetárias próprias (guaranis e pesos uruguaios, respectivamente). Assim, o valor das unidades farmacotécnicas foi convertido de tais unidades monetárias para reais, utilizando-se cotação obtida no Banco Central do Brasil.

Resultados

A partir da análise comparativa dos dados de preços de medicamentos em diferentes países da América Latina, é possível verificar que os preços dos ARV nos demais países é significativamente superior aos preços dos medicamentos ARV no Brasil, especialmente considerando-se o nível atual de preços (Tabela 2).

Verifica-se que, em 1998, os preços pagos pelo Ministério da Saúde brasileiro já eram relativamente baixos em relação aos preços atuais dos demais países para a maioria dos medicamentos. Na comparação com dados de aquisição de medicamentos ARV no Brasil em 2010 demonstram, ainda, que a evolução dos preços é decrescente no país, representando um quadro de significativas discrepâncias em relação aos preços de medicamentos ARV praticados na Argentina, Paraguai e Uruguai.

Como a produção nacional de medicamentos ARV iniciou-se em 1993 no Brasil (Monteiro 2011), é possível que houvesse influência da indústria farmacêutica nacional sobre preços praticados junto ao Ministério da Saúde.

Os preços analisados nos demais países da América Latina referem-se a preços de mercado praticados por empresas multinacionais. Há possibilidade de influência do oligopólio internacional no setor farmacêutico no que tange ao registro de preços nos demais países, ou, alternativamente, baixa margem de negociação de preços nos países da região.

Tabela 2. Comparação de preços de medicamentos ARV selecionados no Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai (valores em reais atualizados para 2012).

Nome do princípio ativo	Brasil		Argentina	Paraguai	Uruguai
	1998	2010			
Didanosina (Cápsula 250 mg)	-	1,67	53,89	6,20	-
Didanosina (Cápsula 400 mg)	-	2,74	89,18	8,82	-
Efavirenz (Cápsula 600 mg)	-	1,57	162,31	9,18	29,76
Estavudina (Cápsula 30 mg)	2,94	0,27	22,31	3,81	-
Estavudina (Cápsula 40 mg)	3,54	-	24,36	4,43	-
Indinavir (Cápsula 400 mg)	4,74	1,09	33,02	-	3,45
Lamivudina (Cápsula 150 mg)	6,50	0,64	19,58	4,91	1,15
Nevirapina (Cápsula 200 mg)	6,34	0,77	49,41	-	-
Ritonavir (Cápsula 100 mg)	2,50	0,63	22,75	13,98	15,99
Tenofovir (Cápsula 300 mg)	-	3,58	162,67	-	60,63
Zidovudina (Cápsula 100 mg)	1,19	0,30	15,55	4,31	-
Zidovudina + Lamivudina (Comprimido de 300 mg + 150 mg)	9,41	1,28	70,06	7,11	2,77

Obs.: Câmbio e deflator conforme dados do Banco Central do Brasil (03 de novembro de 2012):

Cotação do dólar = R\$ 2,0306.

Cotação do peso guarani paraguaio = R\$ 0,0004523.

Cotação do peso uruguaio = R\$ 0,1023.

Por fim, analisando-se dados de preços de aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde no Brasil desde 1996 (Tabela 3), verifica-se uma tendência de decréscimo do nível de preços praticados na operacionalização do Programa Nacional DST/AIDS.

Especialmente após o início dos anos 2000, a tendência de redução de preços consolidou-se no Programa Nacional DST/AIDS, à exceção do caso de preços de novos medicamentos (como didanosina, efavirenz e tenofovir, incluídos somente em meados dos anos 2000).

A produção nacional de medicamentos genéricos, instituída oficialmente ao final da década de 1990 como parte das ações do governo para promover a sustentabilidade de longo prazo das políticas públicas de saúde, possivelmente influenciou os preços dos medicamentos ARV no mercado brasileiro.

Tabela 3. Evolução dos preços de medicamentos ARV (valores em reais atualizados para 2012). Brasil, 1996 a 2010.

Ano	Medicamento											
	ddI (Cp.250mg)	ddI (Cp.400mg)	EFZ (Cp.600mg)	d4T (Cp.30mg)	d4T (Cp.40mg)	IDV (Cp.400mg)	3TC (Cp.150mg)	NVP (Cp.200mg)	RTV (Cp.100mg)	TDF (Cp.300mg)	AZT (Cp.100mg)	AZT + 3TC (Cp.300+150mg)
1996	-	-	-	-	-	5,82	8,24	-	2,59	-	-	1,57
1997	-	-	-	4,86	6,46	5,59	7,50	-	2,53	-	-	1,43
1998	-	-	-	2,94	3,54	4,74	6,50	6,34	2,5	-	9,41	1,19
1999	-	-	-	1,32	1,57	8,52	6,74	3,96	3,92	-	9,92	0,86
2000	-	-	-	1,33	1,11	6,45	3,14	7,83	3,57	-	3,29	0,74
2001	-	-	-	0,81	1,04	3,59	1,33	3,32	3,71	-	2,66	0,60
2002	-	-	-	0,52	1,03	2,28	1,33	0,65	2,4	-	2,63	0,62
2003	-	-	10,48	0,46	0,91	2,08	1,19	1,43	2,4	45,49	2,36	0,57
2004	7,37	11,81	7,31	0,45	0,83	-	1,09	1,31	-	35,24	2,16	0,52
2005	5,71	5,63	5,61	0,42	0,78	1,68	1,01	1,21	1,94	26,10	2,01	0,48
2006	4,07	5,01	4,78	0,39	0,73	1,62	0,95	1,15	1,77	11,40	1,90	0,46
2007	3,94	4,86	1,23	0,38	0,71	1,57	0,93	1,11	0,80	10,71	1,84	0,44
2008	2,17	-	1,24	0,30	-	1,21	0,71	0,85	0,76	8,35	1,41	0,33
2009	2,09	3,43	1,33	-	-	1,14	0,67	0,80	0,75	6,15	1,34	0,32
2010	1,67	2,74	1,57	0,27	-	1,09	0,64	0,77	0,63	3,58	1,28	0,30

Obs.: ddI = Didanosina; EFZ = Efavirenz; d4T = Estavudina; IDV = Indinavir; 3TC = Lamivudina; NVP = Nevirapina; RTV = Ritonavir; TDF = Tenofovir; AZT = Zidovudina.

Conclusão

É importante destacar que, segundo informações obtidas nos portais eletrônicos da UNAIDS na Argentina, Paraguai e Uruguai, os recursos disponibilizados para aquisição de medicamentos ARV é oriundo de parcerias entre os respectivos governos federais e o Banco Mundial.

Em diversos países, a parcela de financiamento disponibilizada pelo Banco Mundial é bastante significativa, em comparação aos recursos governamentais. Em contrapartida, no Brasil, ainda há recursos financeiros disponibilizados pelo Banco Mundial para aquisição de medicamentos ARV no âmbito do Programa Nacional DST/AIDS, no entanto, representam uma parcela bastante reduzida em relação aos gastos empenhados pelo governo brasileiro.

Um dos principais fatores de influência para redução dos preços dos medicamentos ARV ao longo dos anos no Brasil, possivelmente, foi a elevação da concorrência no setor farmacêutico nacional, especialmente a partir da instituição da Política de Medicamentos Genéricos.

Obviamente, a literatura em economia já estabelece a possibilidade de exploração de poder mercado no estabelecimento de preços superiores à concorrência perfeita, caso existam poucas empresas produzindo em um determinado setor de atividade. Assim, torna-se clara a necessidade de concorrência no setor farmacêutico no Brasil, tendo em vista a caracterização de um oligopólio internacional.

O oligopólio internacional no setor farmacêutico apresenta, ainda, elementos adicionais de atenção em termos econômicos, especialmente no que tange ao direito de propriedade garantido pelas patentes, associado à premência de questões relativas à saúde pública, como expresso no caso dos pacientes soropositivos.

No presente estudo, verificou-se uma influência salutar da Política de Medicamentos Genéricos, tendo em vista a possibilidade de fortalecimento da produção nacional com competição externa, associada ao potencial de contribuição no âmbito do desenvolvimento da pesquisa e desenvolvimento de inovações tecnológicas em território nacional.

Tais fatores delineiam uma melhor sustentabilidade de políticas públicas de saúde relacionadas à prevenção e tratamento da AIDS no Brasil, em comparação aos demais países da América Latina analisados no estudo. Aparentemente, o contexto político-institucional das políticas de saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai exclui elementos de tratamento integral de patologias como AIDS em nível populacional.

Referências

- BANCO CENTRAL DO BRASIL. *Portal do Banco Central*. Disponível na internet em: <http://www.bcb.gov.br/pt-br/paginas/default.aspx> [Data de acesso: 05 nov. 2012].
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Medicamentos antirretrovirais*. Disponível na internet em: <http://www.aids.gov.br/pagina/medicamentos-antirretrovirais> [Data de acesso: 05 nov. 2012].
- GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo: Editora 34, 2000.
- GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cadernos de Saúde Pública*, vol.18, n.1, 2002.
- KAIROS WEB. *Portal da KAIROS*. Disponível na internet em: <http://py.kairosweb.com/>. [Data de acesso: 05 nov. 2012].
- LUIZA, Vera Lúcia; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de; NUNES, Joaquim Moreira. Aquisição de medicamentos no setor público: O binômio qualidade-custo. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.15, n.4, 1999.
- LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: Metamorfoses de uma política dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.13, supl.1, 2012.
- MONTEIRO, Diego Minoda. *Saúde pública e direito privado no Sistema Único de Saúde: Universalidade, integralidade e dispêndio em medicamentos no Programa Nacional DST/AIDS*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
- NUNN, Amy S.; FONSECA, Elize M.; BASTOS, Francisco I.; GRUSKIN, Sofia; SALOMON, Joshua A. Evolution of antiretroviral drug costs in Brazil in the context of free and universal access to AIDS treatment. *PLOS medicine*, vol.4, n.11, 2007.
- PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R.P.B.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: Trajetórias e desafios. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, vol. 31, n.1, 2010.
- RAMOS, Silvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: A aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.9, n.4, 2004.
- TEIXEIRA, Paulo R. Políticas públicas em AIDS. In: Parker, Richard (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar, 1997.

- VIEIRA, Evaldo A. A política e as bases do direito educacional. *Cad. CEDES*, vol.21, n.55, 2001.
- VIEIRA, Evaldo A. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. *Serviço Social e Sociedade*, vol.19, n.56, 1998.
- VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Ana Lucia. A criação do Programa Nacional de DST e AIDS como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*, vol.9, n.17, 2009.
- VILLELA, Wilza V. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In: Parker, R; Galvão, J.; Bessa, M. (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política – Respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA / São Paulo: Editora 34, 1999.