Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o
cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio
em três países da Região da América Latina e Caribe**

Mateus Falcão Martins Matos

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.**

Área de concentração: Práticas de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni

São Paulo
2013

**Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o
cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio
em três países da Região da América Latina e Caribe**

Mateus Falcão Martins Matos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Práticas de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni

São Paulo

2013

É expressamente proibido o comércio deste documento tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Aos meus professores da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), faculdade na qual iniciei meu percurso profissional e acadêmico durante a graduação em Odontologia.

À professora doutora Cristiane Sá Roriz Fonteneles com quem tive oportunidade de conviver. Carrego o aprendizado técnico, o exemplo diário de coragem e determinação em dar continuidade ao Projeto SEMENTE, desenvolvido para atender pacientes especiais em odontopediatria, mesmo quando em grave situação de saúde, que a privou de permanecer ao nosso lado por alguns meses. Sua confiança na equipe de alunos e profissionais voluntários ensinou-me o valor do trabalho em equipe. Minha admiração, gratidão e respeito pelos três anos de experiência no Projeto SEMENTE.

À professora doutora Vilma de Lima, orientadora da monitoria de Farmacologia Geral da Faculdade de Medicina da UFC. Essa dissertação certamente reflete inquietações que tenho desde 2006, quando nos conhecemos. A teoria farmacológica não restringiu-se às aulas ministradas aos alunos do curso, pois nossa convivência diária durante aquele ano levou-me a deparar com a importância do ensino de qualidade na formação dos alunos e foi o estímulo para minhas inquietações sobre a questão do acesso a medicamentos.

Ao professor doutor Sérgio Lima Santiago, do Programa de Educação Tutorial da Secretaria de Ensino Superior (PET/SESu) para o curso de Odontologia, por acreditar que meus interesses, um pouco diferentes do campo da Odontologia, nunca foram obstáculo para que cumprisse a missão do PET quanto à importância da qualidade da tríade Ensino, Pesquisa e Extensão para o nível superior.

À professora doutora Walda Viana Brígido de Moura, pelo encontro inesperado e pronta disponibilidade em orientar e supervisionar a elaboração do projeto de extensão, que estabeleceu a *Operation Smile College Association* da UFC (OSCA/UFC). Encontro inesperado, que me ofereceu a oportunidade singular de conviver com uma pessoa querida, amante da vida e da Saúde Pública.

Ao professor doutor Haroldo César Pinheiro Beltrão, da disciplina de Dentística I e II, quando tive o prazer e o “terror” de ser simplesmente um aprendiz.

Nunca me esquecerei dos conselhos, “*puxões de orelha*” e principalmente da incessante busca pela perfeição técnica exigida de seus alunos. Sou grato aos dias de intenso rigor e de risadas. A severidade não era uma justificativa para que seus alunos pudessem ser os melhores, mas requerimento básico para que os pacientes tivessem dignidade no atendimento clínico.

À *Operation Smile Incorporated*, organização da qual fui voluntário e profissional por cinco anos. Minha paixão pela América Latina não poderia ter nascido de outra forma. Dedico este trabalho principalmente aos caros voluntários de todos os continentes e aos profissionais da organização de cada país em que pude trabalhar, por trocarmos sorrisos e cansaços.

Ao querido José Ruben Ferreira de Alcântara Bonfim, médico sanitarista, colega acadêmico e coordenador executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), pela carinhosa revisão do texto de minha dissertação.

A todos os funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, aos colegas e amigos que agora tenho o prazer de conviver. Que nossos caminhos se entrelacem e que as contribuições para o campo da Saúde Pública sejam cada vez mais positivas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, ao Departamento de Direito Internacional da Faculdade de Direito do Largo do São Francisco, ao Instituto de Relações Internacionais da USP, ao Programa de Integração da América Latina (PROLAM) e a Faculdade de Educação da USP pela recepção, aprendizado adquirido e disponibilidade.

Gostaria especialmente de agradecer a minha orientadora Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni pela paciência e dedicação durante meu processo de aprendizado e grande estímulo para o aprofundamento das questões sociais para o campo da saúde.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela subvenção ao projeto de pesquisa, na modalidade de bolsa de mestrado.

MATOS, M.F.M. Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio em três países da Região da América Latina e Caribe. [Dissertação]; Universidade de São Paulo; São Paulo-SP, 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Promulgadas em 2000 as Metas de Desenvolvimento do Milênio destacam-se internacionalmente como importante política de cooperação para o desenvolvimento. Resultado do empenho da Organização das Nações Unidas caracteriza-se como uma tentativa de diminuir as disparidades sociais e econômicas no início do século XXI. Constituída por oito Metas, com prazo final para cumprimento em 2015. O objetivo 8.E da oitava Meta é definido como a cooperação com a indústria farmacêutica e visa, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais com preços acessíveis nos países em desenvolvimento. **OBJETIVOS:** descreveu-se por meio das recomendações dos Relatórios da ONU o progresso do Objetivo 8.E e as políticas públicas de saúde no Brasil, Cuba e México. **METODOLOGIA** O estudo caracterizou-se por um estudo de caso descritivo e exploratório realizado por meio do estudo das recomendações governamentais estabelecidas nos relatórios da ONU relativos ao Objetivo 8.E, no período de 2000 a 2012, de documentos oficiais dos três países estudados e de revisão de literatura sobre o assunto. **RESULTADOS:** verificou-se que as propostas estabelecidas nos Relatórios da ONU para garantia do acesso a medicamentos apresentaram-se como políticas públicas nacionais executadas por meio dos sistemas de saúde dos três países estudados antes da promulgação das Metas do Milênio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** em âmbito internacional As Metas do Milênio apresentam importância na cooperação para o desenvolvimento internacional observou-se, contudo, que os sistemas de saúde, existentes nos países estudados, apresentaram papel fundamental na política de acesso a medicamentos essenciais e, decorrentemente, no cumprimento das recomendações estabelecidas para os Estados-membros do Objetivo 8.E de forma independente do financiamento e estratégias de cooperação internacional.

Palavras-chave: Metas de Desenvolvimento do Milênio, Medicamentos Essenciais, Sistemas de Saúde

MATOS, M.F.M. *Access to medicines: a case study on the implementation of the Objective 8.E of the Millennium Development Goals in three countries in Latin* University of Sao Paulo. Sao Paulo/ Brazil, 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Enacted in 2000, the Millennium Development Goals stand out internationally as an important development cooperation policy . Resulting of the commitment of the United Nations they are characterized as an attempt to reduce social and economic disparities in the XXI century . Composed of eight goals , with deadline for compliance in 2015 . The Target 8.E of the eighth Goal is defined as in cooperation with the pharmaceutical industry to provide access to affordable essential drugs in developing countries . **OBJECTIVES** : describe by means of the recommendations of the UN reports progress on the Target 8.E and public health policies in Brazil , Cuba and Mexico. **METHODOLOGY** The study was characterized by a descriptive case study and exploratory study conducted by the governmental recommendations set out in the UN reports relating to Target 8.E in the period from 2000 to 2012 , the official documents of the three countries studied and literature review on the subject . **RESULTS** : we found that the proposals set out in UN reports for ensuring access to medicines presented as national public policies were implemented by health systems of the three countries studied prior to the enactment of the Millennium Goals . **CONCLUSION** : internationally, the Millennium Goals have importance in development cooperation, however was noted that the health systems in the countries studied , displayed major role in access to essential medicines and so forth in compliance with the recommendations established for the Member States of the Objective 8.E independently of international financing and international cooperation strategies .

Keywords : Millennium Development Goals , Essential Medicines , Health Systems

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO	27
2.2 A SAÚDE E SUA INSERÇÃO INTERNACIONAL CONTEMPORÂNEA	32
2.3 O ACESSO A MEDICAMENTOS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	38
2.4 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO E O ACORDO TRIPS	43
3. AS METAS DO MILÊNIO	53
3.1 A OITAVA META DO MILÊNIO	58
4. OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, DE CUBA E DO MÉXICO	69
4.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS	71
4.2 O SISTEMA DE SAÚDE EM CUBA: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS	79
4.3 O SISTEMA DE SAÚDE NO MÉXICO: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS	82
5. OBJETIVOS	89
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	89
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	90
6.1 OBTENÇÃO DE DADOS	91
6.2 DADOS UTILIZADOS	93
6.3 PROPOSTA ANALÍTICA	95
6.4 ASPECTOS ÉTICOS	97
7. TEMAS ABORDADOS COM ENFOQUE NOS RELATÓRIOS DAS METAS DO MILÊNIO E NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE	99
7.1 OS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DAS METAS DO MILÊNIO	99
7.1.1 Das referências ao Objetivo 8.E nos relatórios de acompanhamento geral das Metas do Milênio da ONU	102
7.1.2 Das referências ao Objetivo 8.E nos relatórios <i>Gap Task Force</i> das Metas do Milênio da ONU	108

7.2 OBJETIVO 8.E E O CASO DO BRASIL	113
7.3 OBJETIVO 8.E E O CASO DE CUBA	114
7.4 OBJETIVO 8.E E O CASO DO MÉXICO	115
7.5 A ASSISTÊNCIA OFICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO	117
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
ANEXOS	146
ANEXO 1. Lista oficial das Metas e Indicadores das Metas do Milênio	146
ANEXO 2. Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (2011)	149
ANEXO 3. Lista de medicamentos essenciais para pediatria (OMS 2011)	158
CURRÍCULO LATTES	160

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 Metas e Objetivos relacionados à saúde (WHO, 2013)	54
Tabela 2 Principais normas que tratam do SUS e da Assistência Farmacêutica no Brasil	76
Tabela 3 Banco de dados e Palavras Chave	91
Tabela 4 Coleta de material em portais eletrônicos oficiais	92
Tabela 5 Levantamento Bibliográfico	94
Tabela 6 Declarações e Relatórios gerais e da ONU referentes ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio.	100
Tabela 7 Relatórios <i>Gap Task Force</i> 2008-2012	101
Tabela 8 Objetivo 8.E e o caso do Brasil	113
Tabela 9 Objetivo 8.E e o caso de Cuba	114
Tabela 10 Objetivo 8.E e o caso do México	115
Tabela 11 Assistência Oficial para o Desenvolvimento por Estado-membro (2007-2011)	118
Tabela 12 Assistência Oficial para o Desenvolvimento por instituições	119
Tabela 13 Total em USD de doações para países em desenvolvimento	120
Gráfico 1. Total em USD de doações para o Brasil, Cuba e o México	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS– Atenção Básica à Saúde

AID– *Agency for International Development* (Agência para o Desenvolvimento Internacional)

AIDS– *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

ALC– América Latina e Caribe

AMS– Assembléia Mundial da Saúde

AOD– Assistência Oficial para o Desenvolvimento

ARM– *Autoridad Reguladora de Medicamentos* (Autoridade de Regulação de Medicamentos)

ART– *Antiretroviral Therapy* (Terapia Antiretroviral)

BCG– *Bacillus Calmette-Guérin*

BRICS– Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

BVS– Biblioteca Virtual em Saúde

CAD– Comitê para Assistência ao Desenvolvimento

CBCM– *Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos* (Quadro Básico e Catálogo de Medicamentos)

CDF– *Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología* (Centro de Desenvolvimento de Farmacoepidemiologia)

CEBRI– Centro Brasileiro de Relações Internacionais

CEME– Central de Medicamentos

CEPAL– Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CIA– *Central Intelligence Agency* (Agência Central de Inteligência)

CIB– Comissão Intergestora Bipartite

CIJ– Corte Internacional de Justiça

CIT– Comissão Intergestora Tripartite

CPI– Comissão Parlamentar de Inquérito

DCI– Denominação Comum Internacional

DEDALUS– Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo

DOF– *Diário Oficial de la Federación* (Diário Oficial da Federação)

ECOSOC– *Economic and Social Council* (Conselho Econômico e Social)

ESF– Estratégia de Saúde da Família

EUA– Estados Unidos da América

FIOCRUZ– Fundação Oswaldo Cruz

FPM– *Farmácia Principal Municipal* (Farmácia Principal Municipal)

GATT– *General Agreement on Tariffs and Trade* (Acordo Geral de Tarifas e Comércio)

GAVI– *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (Aliança Global para vacinas)

HIV– *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IBDR– *International Bank for Reconstruction and Development* (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento)

IDH– Índice de Desenvolvimento Humano

IMSS– *Instituto Mexicano del Seguro Social* (Instituto Mexicano da Seguro Social)

ISSSTE– *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*
(Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado)

ITF– Instituto de Tecnologia de Fármacos

LAFEPE– Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco

LC– Licença Compulsória

LDC– *Least developed Countries* (Países Menos Desenvolvidos)

LGS– *Lei General de Salud* (Lei Geral da Saúde)

LMB– *Lista Básica de Medicamentos* (Lista Básica de Medicamentos)

LOS– Lei de Orgânica de Saúde

MDM– Metas de Desenvolvimento do Milênio

MFN– *Most Favoured Nation* (Nação Mais Favorecida)

MINSAP– *Ministerio de Salud Pública* (Ministério de Saúde Pública)

NAFTA– *North American Free Trade Agreement* (Tratado Norte-Americano de Livre Comércio)

OEDC– *Organisation for Economic Cooperation and Development* (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico)

OI– Organização Internacional

OIHP– *Office Internationale d'Hygiène Publique* (Escritório Internacional de Higiene Pública)

OMC– Organização Mundial do Comércio

ONG– Organização Não Governamental

ONU– Organização das Nações Unidas

OPAS– Organização Pan-Americana de Saúde

OSLN– Organização de Saúde da Liga das Nações

PEMEX– *Petróleos Mexicanos* (Petróleos Mexicanos)

PENAM– *Programa Específico para Mejora del Acceso a Medicamentos* (Programa Específico para Melhoria do Acesso a Medicamentos)

PET/ SESu– Programa de Educação Tutorial da Secretaria de Ensino Superior

PFPB– Programa de Farmácia Popular do Brasil

PIB– Produto Interno Bruto

PNM– Política Nacional de Medicamentos

PROGRESSA– *Programa de Educación, Salud, y Alimentación* (Programa de Educação, Saúde e Alimentos)

PSF– Programa de Saúde da Família

PUBMED– *United States National Library of Medicine National Institutes of Health* (Biblioteca Nacional Estadunidense de Medicina/ Institutos Nacionais de Saúde)

REMUME– Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME– Relação Nacional de Medicamentos

RI– Relações Internacionais

RNF– *Red Nacional de Farmacoepidemiología* (Rede Nacional de Farmacoepidemiologia)

SciELO– *Scientific Eletronic Library Online* (Biblioteca Científica Eletrônica Online)

SEDENA– *Secretaría de la Defensa Nacional* (Secretaria da Defesa Nacional)

SEMAR– *Secretaría de Marina* (Secretaria da Marinha)

SEMENTE– Serviço a Menores Necessitando de Tratamento Especializado

SESA– *Servicios Estatales de Salud* (Serviços Estaduais de Saúde)

SIDA– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIPU– Sistema Internacional de Propriedade Industrial

SNS– *Sistema Nacional de Salud* (Sistema Nacional de Saúde)

SOBRAVIME–Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos

SS– Saúde Suplementar

SSa–*Secretaría de Salud* (Secretaria de Saúde)

SSP– Seguro de Saúde Popular

SUS– Sistema Único de Saúde

TLC– Tratado de Livre Comércio

TRIPS– *Trade Related Intellectual Property Rights* (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio)

UE– União Europeia

UFC– Universidade Federal do Ceará

UNAIDS– *United Nations AIDS* (AIDS Nações Unidas)

UNDP– *United Nations Development Program* (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD)

UNICEF– *United Nations International Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

URSS– União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USAID– *United States Agency for International Development* (Agência Estadunidense para o Desenvolvimento Internacional)

USD– *United States Dollar* (Dólar Americano)

WHO– *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

WIPO– *World Intellectual Property Organization* (Organização Mundial de Propriedade Intelectual)

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

Os meus primeiros questionamentos sobre o tema iniciaram-se, em 2005 quando tive a oportunidade de ser selecionado para participar de um dos projetos de extensão da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), do qual fui voluntário até 2008.

Supervisionado pela Profa. Dra. Cristiane Sá Roriz Fonteneles, da Disciplina de Odontopediatria, o Serviço a Menores Necessitando de Tratamento Especializado (SEMENTE) promovia o atendimento de ambulatório e hospitalar para pacientes especiais e crianças em seus primeiros anos de vida. Ao tempo em que havia a oportunidade de trabalhar com casos mais complexos, que sempre demandavam um conhecimento sólido de farmacologia; nossos desafios semanais ainda permaneciam na necessidade de aumentar a consciência dos responsáveis por nossos pacientes, quanto à necessidade de visitas regulares ao consultório. Acredito que, inicialmente, o contexto social passou a tornar-se mais um “incômodo” do que uma responsabilidade social para garantia do acesso ao tratamento odontológico integrado para os pacientes.

Meus “incômodos” logo passaram a tornar-se inquietações, em 2006, quando, ainda no período de graduação, fui monitor voluntário da disciplina de Farmacologia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Sob a orientação da Profa. Dra. Vilma de Lima tive a oportunidade de aprender e aplicar os conhecimentos didáticos para educação de nível superior nos Cursos de Odontologia e Medicina.

Integrei a monitoria voluntária por afinidade pessoal com a disciplina e como requerimento para todos os alunos integrantes do Programa de Educação Tutorial da Secretaria de Ensino Superior (PET/ SESu) da Faculdade de Odontologia, do qual fui bolsista no período de 2005 a 2008. Minhas responsabilidades como monitor estavam relacionadas à esfera da teoria da Fisiologia e Farmacologia Geral aplicada ao tratamento clínico. Não obstante, graças a dedicação de minha orientadora, pude informalmente acompanhar a importante rotina dos laboratórios de pesquisa do

Departamento de Farmacologia. O departamento, ainda hoje, desenvolve desde pesquisas teóricas a avançados testes clínicos e laboratoriais em seres humanos para avaliação e desenvolvimento de novos fármacos.

Em 2006, pela primeira vez, tive contato com a *Operation Smile*, organização não governamental (ONG) estadunidense, que realiza cirurgias em indivíduos com fissura labiopalatina em cinquenta e quatro países. Fui informalmente convidado para assistir uma palestra sobre a ONG e participar do *Programa Internacional de Fortaleza 2006* como tradutor voluntário no centro cirúrgico. Se não fosse a carência de voluntários dispostos a enfrentar uma rotina intensa, o uso de uma língua estrangeira em suas formas mais técnicas e minha simpatia inicial com a ONG, provavelmente todo o meu percurso profissional, até agora construído, teria tomado outros caminhos.

Aceito o convite para ser tradutor, passei dez dias de intensa convivência com profissionais de saúde de todos os continentes e pude conhecer, pela primeira vez, aos vinte anos de idade, 385 pacientes portadores de fissuras labiopalatinas, em busca de cirurgia gratuita no Estado do Ceará. Meu sentimento resumiu-se à vergonha como aspirante a profissional de saúde, diante de meu completo desconhecimento sobre os imensos obstáculos que se apresentavam a eles.

Desses incômodos pareceu-me que havia encontrado um bom motivo para agregar os interesses em questões internacionais de saúde e o curso de graduação. No mesmo ano, junto de mais doze estudantes voluntários e sob a carinhosa orientação da Profa. Walda Viana, fundamos a primeira organização estudantil da *Operation Smile* no Brasil. Como presidente da organização estudantil recebi prêmio internacional no fim de 2006 pelo desenvolvimento de um projeto de extensão universitária. Os dois anos seguintes de dedicação e compromisso levaram-me a ser convidado a participar do processo seletivo para Coordenador Nacional de Programas da organização no Brasil.

Aprovado no processo seletivo, para assumir minha contratação, mudei para São Paulo em março de 2008 e iniciei meu trajeto profissional, trabalhando em vários Estados brasileiros, nos Estados Unidos e oferecendo suporte político-

institucional e educacional para a América Latina, Ásia e África. A realização de programas humanitários, o treinamento de recursos humanos especialistas da área de saúde e o contato com instituições de governo e multilaterais no Brasil e no exterior amadureceram meus questionamentos e me forneceram dos fundamentos básicos para motivação para busca da compreensão da saúde em âmbito internacional.

Passados um ano e nove meses de contrato com a *Operation Smile*, decidi sair da organização e permanecer em São Paulo para aprofundar meus conhecimentos por meio da realização do processo seletivo do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Assim, considerando as minhas interrogações sobre políticas de saúde internacional e farmacologia apresento nessa dissertação a questão do acesso a medicamentos no Brasil, Cuba e México e sua relação com a proposta para os Estados-membros para o cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio, promulgadas em 2000, conforme os capítulos descritos a seguir, de modo sucinto.

No Capítulo 2, traço as referências teóricas, sobre a questão da cooperação internacional em contexto histórico, a inserção da saúde em âmbito internacional, a questão do acesso a medicamentos e a participação da Organização Mundial do Comércio (OMC) no campo da saúde por meio do Acordo TRIPS (*Trade Related Intellectual Property Rights*). Compreende-se que a contextualização dos agentes internacionais e sua cronologia é importante para a posterior conformação das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM).

No Capítulo 3, as Metas de Desenvolvimento do Milênio e o objetivo proposto para o desenvolvimento da pesquisa são descritos. O Objetivo 8.E está assim enunciado: “*Em cooperação com a indústria farmacêutica, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais com preços acessíveis nos países em desenvolvimento*” (UN, 2000). SACHS (2004) afirma que mesmo que as Metas não sejam alcançadas até 2015, todo o esforço e compromisso dos países signatários já constituem, em si, um marco no estabelecimento delas tendo em vista a diminuição das desigualdades econômicas e sociais que assolam os países em desenvolvimento.

Por caracterizarem-se como construções sociais que têm por finalidade a garantia de meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e procurar assistência. Os sistemas públicos de saúde têm como compromisso garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos (IBANES, 2011). O desempenho dos sistemas de saúde nos países estudados proporcionam papel essencial para o entendimento do progresso das MDM. Descrevo os sistemas de saúde no Brasil, em Cuba e no México e suas respectivas políticas de saúde e acesso a medicamentos no Capítulo 4.

Os objetivos propostos pela pesquisa são apresentados no Capítulo 5, que teve como fundamento as recomendações propostas a partir de 2008 no Relatório *Gap Task Force* da Organização das Nações Unidas (ONU) para a execução das Metas do Milênio, e o papel dos sistemas de saúde dos três países estudados –Brasil, Cuba e México- com foco no acesso a medicamentos.

A metodologia adotada nesse trabalho foi o estudo de caso, do tipo descritivo (não experimental) em que fontes secundárias (documentos oficiais, livros, artigos, edições especializadas e portais eletrônicos oficiais) de acesso gratuito e público ofereceram os recursos para obtenção dos dados a serem descritos no capítulo 6.

Apresento os Resultados e Discussões no Capítulo 7, ainda são desenvolvidas as referências teóricas e descrição da documentação da Organização das Nações Unidas sobre a Oitava Meta do Milênio com respeito ao Objetivo 8.E. No tópico 7.2, 7.3 e 7.4 intitulados “Os Sistemas de Saúde e a Assistência Farmacêutica” foi tratada a relação entre o Objetivo 8.E e os sistemas de saúde no Brasil, em Cuba e no México, em que procuro descrever as políticas nacionais de saúde dos três países, suas iniciativas locais de garantia do acesso a medicamentos essenciais e posterior análise e discussão dos resultados.

Apresento minhas considerações críticas finais no Capítulo 8 com a análise dos resultados obtidos no percurso dessa pesquisa.

“A German officer visited Picasso in his Paris studio during the Second World War. There he saw Guernica and, shocked at the modernist «chaos» of the painting, asked Picasso: «Did you do this?» Picasso calmly replied: «No, you did this!»”

Slavoj Žižek, *Violence: Six Sideways Reflections*, P. 11, 2008

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Depois da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) a manutenção do *status quo*, compreendido como o interesse das potências emergentes de continuarem suas políticas vigentes no período pós-guerra, foi estabelecida por meio de concerto entre países, que culminou com a criação de tratados internacionais no século que seguia. Entre eles, a criação da Liga das Nações (TRATADO DE PAZ, 1919), que se configurou como a principal tentativa de concertação internacional depois da Primeira Guerra. Contudo, dadas as condições de exclusão da Alemanha, o Tratado rapidamente fracassou. Resultou assim, que entre o curto período entre guerras, intensificaram-se os conflitos de interesse das novas potências mundiais eclodindo seus efeitos durante Segunda Guerra Mundial em 1939.

As atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra (1939-1945) serviriam de novo alerta de risco da configuração internacional emergente, que se encontrava sustentada pela necessidade de aliar múltiplos agentes internacionais, com interesses de intervenção tanto na política interna de cada país, quanto nas concertações internacionais para a busca da paz e a manutenção do *status quo* (OOMS *et al*, 2011).

O surgimento de duas potências estabelecidas no final da Segunda Guerra: Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) confluiria para retirada do monopólio político internacional da Europa. Porém as novas e constantes tensões globais causadas pelas inerentes assimetrias do novo sistema foram fortificadas pela necessidade de não se contraporem aos interesses econômicos e produtivos das nações, que haviam se estruturado durante a Segunda Guerra (HOBSBAWM, 1994).

Atribuem-se esses ideais o favorecimento do cenário político para a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945. Dessa forma, fortaleceu-se a criação de uma organização internacional, que agregasse países e diferentes agentes internacionais em busca do compromisso com a garantia da segurança humana e valores universais. Foi por meio de seu texto base, a Carta das Nações Unidas de 1945, que a ONU foi estabelecida. Constituída inicialmente por cinquenta e um Estados-membros signatários. Estabeleceu-se um órgão de poder máximo: o

Conselho de Segurança, responsável principalmente pelas deliberações sobre segurança internacional de todos os Estados-membros (UN, 1945).

O multilateralismo caracterizaria-se por ser um instrumento para relativa perda de hegemonia das potências da época para que fossem atendidos os interesses relacionados à cooperação entre os povos. O pressuposto multilateralismo onusiano direcionava-se para todos os Estados-membros enquanto o sistema bipolar, que emergira das duas potências mundiais pós-Segunda Guerra (EUA e URSS) contribuía para o enfraquecimento do monopólio europeu na política internacional. Contudo, o proposto universalismo, no contexto político mundial, enfrentaria claras tensões em função dos interesses das duas potências hegemônicas EUA e URSS.

As constantes tensões na esfera multilateral podem ser observadas, no âmbito interno da ONU, no Conselho de Segurança, que possui o maior caráter de poder deliberativo relativo às questões de segurança internacional, é composto por cinco países membros permanentes [Estados Unidos, China, França, Inglaterra e URSS, (atualmente a Rússia)] além de mais dez outros países membros com mandatos de dois anos (UN, 1945).

O poder de veto, pelo qual as decisões dos cinco membros permanentes do Conselho para serem deferidas devem ser unânimes, ainda é alvo de constantes discussões, gera o engessamento do sistema e discordância entre os cinco países membros permanentes. O caso do fracasso do uso do poder de veto pela França na Guerra do Iraque em 2002, de certa forma, apresenta as limitações do pressuposto universalismo estabelecido na esfera multilateral por meio do sistema ONU.

Nota-se entretanto que apesar de ideologias conflitantes (Sistema Bipolar e Multilateralismo), tanto um quanto o outro influíram na época de modo positivo na construção dos ideais universais. Fatos esses que se exemplificam com o Plano Marshall e a Resolução Vandenberg (pelo qual o Congresso dos EUA autorizou o presidente a mobilizar os recursos necessários para a cooperação internacional em todo o mundo) tornando a Doutrina Monroe obsoleta consequentemente acelerando o processo de descolonização, que exigia uma nova geopolítica. As duas ideologias, apesar de conflitantes, foram impulsionadas pela mesma razão universal, que tinha a

intenção de incluir mesmo os mais pobres em busca da garantia de paz e prosperidade (BADIE, 2012).

Perante um Sistema Bipolar, no qual a disputa pela hegemonia de uma das potências seria a tentativa mais favorável, a lógica da cessão de poderes dos países para instituições multilaterais é explicada como um processo de abertura em que os Estados permitem sua inserção e participação dos agentes que a executam em nome do benefício social, porém desde que o mesmo não invada a esfera política interna de cada país:

Os países aliam-se uns aos outros para reverter o jogo clássico de soberania. Abrem-se refletindo três propriedades: a interdependência, que mostra que a segurança ou o bem-estar de uma sociedade depende direta ou indiretamente de todas as outras, a comunicação, que as coloca em relação com todos, diminuindo a representação do poder político; o transnacionalismo que permite a troca dos atores individuais, ignorando fronteiras sob a crença do benefício social. A sociedade permitiu também que seus agentes, que se beneficiam com essa capacidade de agir de maneira desterritorializada: agentes econômicos, corporações multinacionais, bem como a mídia, ONGs, empreendedores, redes religiosas, igrejas. Como também, os indivíduos que solicitam constantemente a três diferentes dimensões: ao Estado, à organizações e à comunidade; procurando substituir as solidariedades com identidades pela velha via da cidadania. Isso significa que a sociedade deixou em aberto todos irem e criarem oportunidades para todos, exceto para os processos que pretendam ocorrer atrás de suas fronteiras.

(BADIE, 2008, P. 26-27)

¹ Les sociétés s'alignent les unes sur les autres et d'inverser ainsi le jeu classique de la souveraineté. La société ouverte renvoie alors à trois propriétés: l'interdépendance, qui montre que la sécurité ou la prospérité d'une société dépend de près ou de loin de celles de toutes les autres; la communication, qui met chacun en relation avec tout le monde, sans que le pouvoir politique n'y puisse grand chose; la transnationalisation, qui permet aux acteurs individuels d'échanger en ignorant les frontières tout en créant des avantages collectifs. La société ouverte à ainsi ses acteurs qui profitent tous de cette capacité d'agir de manière deterritorialisée: agents économiques, firmes multinationales, bien sûr, médias, ONG et également entrepreneurs identitaires, réseaux religieux, Églises... Aussi l'individu est-il perpétuellement sollicité de trois côtés différents, par l'état, par des associations inclusives en quête d'utilité, par une communauté exclusive qui cherchent à substituer des solidarités identitaires à la vieille citoyenneté. Autant dire que la société ouverte laisse tout passer et crée des opportunités pour tout le monde sauf pour ceux qui prétendent replier derrière leurs frontières.

O significado dessa política diplomática, conforme conceitua BADIE, 2012, por meio da diplomacia da *connivance*, caracteriza-se por um meio caminho entre a diplomacia da aliança e a competição, que floresceu com o concerto político. O conceito tem algumas características originais: uma formalização que produz apenas medidas mínimas ou seja, que se afastam da norma de decisão, convenções e tratados; é flexível e solto, com consideráveis incertezas, ambigüidades, *double-talks* e generalidades necessárias para preservar uma aparência de unanimidade, A diplomacia de "*connivance*" é aquela que baixa os olhos como um sinal de aprovação discreta ou desejo de não ver:

A globalização, portanto, produziu todos os anticorpos necessários para neutralizar o jogo diplomático. Galvanizando sociedades e dando-lhes a mesma relevância internacional, assim como dando-lhes maiores poderes, produziu relações intersociais que desvalorizam compromissos intergovernamentais e comprometem as virtudes do incrementalismo, tornando o jogo das mesas-redondas e da diplomacia de interesse nacional insignificante. Por meio da promoção de um mundo inclusivo, ela coloca os contrastes sociais no centro das questões internacionais, empodera os fracos, cria incertezas e provoca instabilidades, por isso, estraga o efeito oligárquico e dramatiza os efeitos da seletividade. Mantém a interdependência como o princípio das relações internacionais, enfraquece as virtudes da *connivance*, afeta a sua produtividade, e põe em risco os seus acordos; acima de tudo coloca os interesses coletivos como os bens públicos globais em uma posição decisiva. A globalização, em verdade, nos obriga a renovar a nossa visão de utilidade, que agora envolve, para cada Estado, uma reestrutura da idéia de segurança que daí por diante transita por aquela da segurança global.

(BADIE, 2012, P. 187)

²Globalization has thus produced all the antibodies needed to neutralize the game concert of diplomacy. By galvanizing societies and giving them the same international relevance as greater powers, it has produced inter-social relations that devalue intergovernmental compromises spoil the virtues of incrementalism, and make the game of roundtables and diplomacies of national interest insignificant. By promoting an inclusive world, it places social contrasts at the center of international issues; it gives the weak the ability to weigh in, create uncertainty, and provoke instability: it therefore spoils the oligarchic effect and dramatizes the effect of selectivity. By holding up interdependence as the principle of international relations, it weakens the virtues of connivance, affects its productivity, and jeopardizes its arrangements; most of all it places collective interests, global public goods, and the common goods of humanity in a decisive position. Globalization in fact forces us to renew our vision of utility, which now involves, for each state, a restructuring of the idea of security that hence forth transits through that of global security depending on that others. This shift from national to an interdependent viewpoint of security is ill suited to oligarchic deliberation.

Assim a natureza do sistema internacional não deve ser compreendida sem considerar as deficiências da integração social internacional, as desigualdades entre as culturas e os Estados nacionais na produção do universalismo mundial, o processo de globalização e as distintas contradições sociais que permeiam os indivíduos, as suas capacidades econômicas e de saúde.

“When we are shown scenes of starving children in Africa, with a call for us to do something to help them, the underlying ideological message is something like: "Don't think, don't politicize, forget about the true causes of their poverty, just act, contribute money, so that you will not have to think!"

Slavoj Žižek, *Lecture in London on Living in the End Times* – Great Minds Series Cadogan Hall, 2011

2.1 ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO

Partindo-se do pressuposto de que há divergências acerca do conceito de organizações internacionais (OI), será adotada a classificação do parecer de 1949 da Corte Internacional de Justiça (CIJ, 1949). De acordo com a CIJ, organização internacional é entidade com finalidades, órgãos e sede próprios, com vontade jurídica distinta de seus Estados membros, ou seja ela se torna sujeito de direito internacional público com capacidade para ser titular de direitos e deveres internacionais, podendo fazer prevalecer seus direitos por meio de uma reclamação internacional (CIJ, 1949).

Enquanto os Estados são iguais perante o direito internacional, as OI são resultado de atos de vontade dos Estados, atos esses que modelam a figura jurídica, conferindo-lhes características particulares marcantes. As OI também podem ser classificadas segundo: (i) seu âmbito territorial; (ii) suas finalidades; (iii) seus poderes e (iv) seus critérios de admissão de novos membros (CDI, 1982).

A efetividade do cumprimento de tratados internacionais poderia assim, ser classificada em relação a dois processos: (i). interesses dos Estados em utilizar as organizações internacionais como instrumento de governo; (ii). repercussão social referente ao cumprimento dos tratados estabelecidos na determinação da efetividade do desenvolvimento de políticas internacionais na esfera da cooperação e aplicação nacional das tratativas.

Segundo BADIE (2012) quatro critérios podem ser utilizados para descrever uma OI: o seu grau de abrangência, o seu nível de deliberação, os laços e as alianças que compõem e delineam seus limites e o tipo de poder e dominação que exercem e que pode ser contestado. Para o autor, há três erros comuns ao se realizar a descrição de uma OI e que devem ser evitados: 1. obsessão com a polarização; 2. a ausência de dimensão social e 3. ênfase exagerada sobre o Estado, a descontextualização e o desrespeito quanto ao fator temporal.

De acordo com HUNTINGTON (1973), "*organizações transnacionais*" são definidas como aquelas que compartilham principalmente três características:

- São compostas por complexas estruturas burocráticas;
- Executam funções especializadas;
- Atuam nas fronteiras internacionais.

Esse autor inclui em sua categorização instituições de governo, como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID- *United States Agency for International Development*) e a Agência Central de Inteligência (CIA-*Central Intelligence Agency*) dos EUA, além de entidades intergovernamentais como o Banco Mundial, junto de organizações não governamentais (Fundação Ford) e as empresas multinacionais.

As diferentes proposições sobre o papel das OI ainda se apresentam inconclusivas quando as teorias procuram englobar organizações internacionais, ONG e organizações intergovernamentais. Percebe-se isso no caso do Banco Mundial, uma vez que é amplamente reconhecido por ter exercido poder para o desenvolvimento de políticas maiores do que seus escopo político.

Por décadas o Banco Mundial atraiu os melhores especialistas em desenvolvimento. Sua equipe teve e continua a ter creditações oriundas das melhores universidades. Assim os modelos, documentos e grupos de pesquisa efetivados pelo Banco Mundial tenham sido, e continuam, amplamente influentes entre os especialistas em desenvolvimento ao longo dos anos. Essa experiência, com a sua aparente neutralidade política e decisões tecnocráticas deram ao Banco Mundial um poder de influência que orientou as direções das políticas de desenvolvimento por cinquenta anos (BARNETT e FINERMORE, 1999).

Acredita-se que a maioria das organizações internacionais seriam concebidas para influenciar a formulação de medidas específicas e observáveis do comportamento dos Estados. A Organização Mundial do Comércio e o Acordo Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA- *North American Free Trade Agreement*), por exemplo, estabelecem normas precisas para o comportamento dos seus Estados-membros que podem ser utilizadas como indicadores de compromisso de cumprimento dos acordos estabelecidos. No entanto instituições de assistência

para o desenvolvimento tais como o Comitê para Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), estabelecem metas para o fluxo de ajuda ao desenvolvimento sem um mecanismo internacional de vigilância e sanções efetivos (BOTCHEVA e MARTIN, 2001).

A hipótese de BOTCHEVA e MARTIN (2001) propõe que os estudos sobre os efeitos institucionais devem concentrar-se diretamente em padrões de comportamento dos Estados. Dois termos são utilizados pelas autoras: a *convergência*, teorizada como de aumento sobre as externalidades (repercussão social na qual uma decisão não afeta em grande quantidade os diferentes agentes envolvidos) dos Estados-membros; enquanto a *divergência* levará a uma menor autonomia na esfera interna.

Para efeitos de convergência, as instituições internacionais terão resultado de convergência de comportamento (cumprimento de um tratado internacional) do Estado-membro, quando duas condições forem atendidas:

- Estados reconhecem externalidades substanciais ao seu comportamento, pois esses podem assumir os custos para renegar acordos de cooperação ou problemas de coordenação;
- Instituições são projetadas de forma adequada, tendo ambos os mecanismos de controle que permitem a execução de comportamento cooperativo ou procedimentos que facultem tratativas, dependendo do problema de ação coletiva subjacente;

Para efeitos de divergência, o resultado mais provável de comportamento do Estado membro ocorre quando duas condições forem atendidas:

- Os Estados não reconhecem externalidades substanciais para o seu comportamento;
- Há ausência, ou pouca participação, quando da exposição dos Estados na organização e no acesso de outros grupos de interesse relevantes para o governo na formulação de políticas.

O padrão de comportamento do Estado para convergência (aceitação e cumprimento dos tratados estabelecidos em esfera internacional) torna-se possível de ocorrer quando os Estados criam instituições em resposta a padrões e dilemas coletivos e quando os Estados delegam a estas instituições capacidades de acompanhamento adequadas para permitir uma aplicação efetiva. Tal efeito é mais provável de ser obtido quando a área em questão não é caracterizada por externalidades significantes (repercussão social de uma decisão não afeta em grande quantidade os diferentes agentes envolvidos) para o comportamento do Estado e os membros demonstrarem organização e interesse que favorecem os propósitos da instituição.

BADIE (2008) considera que, o multilateralismo, sistema internacional que permeia as OI, os acordos internacionais e os blocos de integração regional são também uma característica do atual sistema internacional para satisfazer necessidades, do processo de mundialização no qual a garantia do acesso dos agentes mais poderosos é quase exclusiva para a reforma e transformação das instituições.

Dessa forma, segundo o autor, a necessidade de multilateralismo, foi construída na confluência de três princípios: os da segurança coletiva, interdependência e cooperação:

Quanto à cooperação, ela se articula por meio do uso mínimo do conceito de bens comuns e de partilhas que estão em jogo. Ela traz à tona diretamente a idéia de regime internacional, igualmente preparado para dividir o fardo que tem para transcender os interesses nacionais, assim como permite promover certas legitimidades em nome de uma boa causa. Apoiada pela teoria dos jogos, a cooperação tende a se equilibrar em um modelo que se desvia comumente do multilateralismo. Ao sancionar a atitude de confronto, essa estratégia banaliza a estratégia de cooperação ativa, para se moldar perfeitamente às exigências do multilateralismo, mas também oferece a mais

poderosa exigência do multilateralismo e oferece rota vantajosa para promoção de seus interesses, ao reduzir ao máximo as incertezas.

(BADIE, 2008, P. 148-149)

³Quant à la coopération , elle s'articule à un usage minimal de la notion de biens communs et d'enjeux partagés. Elle débouche directement sur l'idée de régime international, mais prépare tout autant à celle de partage du fardeau elle contient la puissance pour transcender les intérêts nationaux, comme elle permet de promouvoir certains d'entre eux relégitimés pour la bonne cause. Adossée à la théorie des jeux , la coopération tend à se stabiliser dans le modèle qui dévient l'ordinaire de la vie multilatérale. En sanctionnant la posture conflictuelle, cette stratégie banalise la coopération active, se moule parfaitement dans les exigences du multilatéral idem mais offre aussi au plus puissant les exigences du multilateralism mais offre aussi au plus puissant une voie avantageuse pour promouvoir ses intérêts, tout en réduisant au maximum les incertitudes.

2.2 A SAÚDE E SUA INSERÇÃO INTERNACIONAL CONTEMPORÂNEA

A projeção das questões sanitárias, por meio de interesses comerciais apresenta-se desde a primeira Conferência Sanitária Internacional, realizada em 1851 em Paris. Diante da ausência de controle e conhecimento etiológico dos agentes causadores de doenças contagiosas, os países mobilizaram-se para compreender os processos de produção de doenças e de exposição aos riscos. Já se podia observar também, relações de interesses políticos para a proteção das fronteiras nacionais e intensificou-se a preocupação com a garantia do controle de doenças para propiciar a segurança e o bem estar das populações dos países ricos (HOWARD-JONES, 1975).

É possível que a saúde tenha ganhado cada vez mais importância no contexto global do século XX, em razão de sua relação com três áreas importantes:

- Segurança – por causa do risco nos países de pandemias ou contágio intencional de doenças, assim como aumento de conflitos humanitários;
- Economia – pela repercussão de doenças no desenvolvimento econômico e também pelo mercado de bens e serviços de saúde;
- Justiça Social – por saúde ser um direito humano considerado um valor social por muitas sociedades, assim como estar presente nas Metas do Milênio da ONU.

(KICKBUSH 2011, *apud* PEREZ, 2012, P. 11)

No início da década de 1970, as políticas de saúde e dos agentes internacionais relacionados a elas, passam por uma transição dos conceitos de saúde internacional para o de saúde global. Conceitos esses que revelam o maior atrelamento da saúde aos interesses econômicos e de riscos sanitários dos países desenvolvidos, em especial depois do surgimento do vírus da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*):

Saúde internacional pode ser entendida como um elemento de assistência para o desenvolvimento. A partir do final da Segunda Guerra Mundial até o

fim da Guerra Fria, os países mais ricos financiaram campanhas de saúde pública nos países em desenvolvimento para mantê-los do lado "direito" da divisão política global: Ocidente ou Oriente. Mas tão logo a Guerra Fria acabou, os países ricos quiseram que os países mais pobres desenvolvessem suas possibilidades econômicas, de modo a serem capazes de assumir a responsabilidade financeira de seus próprios problemas sociais. Isso significou para os países mais pobres ter que se “ajustarem” às realidades internacionais de livre comércio; para muitos países, isso significou a obrigação em reduzir os gastos sociais, para reduzir as dívidas públicas, a fim de se tornarem parceiros comerciais confiáveis.

OOMS, *et al.* (2011, P. 12)

O surgimento da epidemia de AIDS, na década de oitenta, contribuiria para reacender a questão da segurança dos países desenvolvidos a partir do controle de doenças. A epidemia de HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pode somente ser comparada a duas pandemias semelhantes na história da humanidade. Primeiro, a peste negra, no século XIV (que causou entre 20 e 30 milhões de mortes) e depois, a *influenza* (gripe) espanhola, no início do século XX (estima em 50 milhões de mortes). Desde o começo da epidemia de HIV/AIDS, quase 60 milhões de pessoas infectaram-se com vírus, e quase metade (mais de 25 milhões) morreram (NAVARRO, 2012).

⁴International health can be understood as an element of this development assistance. From the end of the Second World War until the end of the Cold War, richer countries may have financed public health efforts in poorer countries to keep poorer countries on the ‘right’ side of the global political divide: West or East. But as soon as the Cold War was over, richer countries may have mainly wanted poorer countries to develop their economic potential, so as to be capable of assuming financial responsibility for their own social issues. That meant that poorer countries had to ‘adjust’ to international free trade realities; for many poorer countries, that meant they had to reduce social expenditure, to reduce public deficits, to become reliable trading partners.

A emergência do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) propiciaria o estabelecimento de um novo marco nas questões de saúde internacional com relação ao controle sanitário e políticas internacionais de contenção da doença liderados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OOMS *et al*, 2011).

Da mesma forma que a ONU, a OMS foi fundada em um momento de elevado idealismo e aumentou as expectativas internacionais, quando a organização foi projetada como a melhor possibilidade para a saúde no mundo pós-guerra. A organização foi planejada por uma série de comissões técnicas internacionais entre 1946-1948. Os departamentos técnicos da OMS foram inicialmente conjugados nas três principais agências internacionais de saúde então existentes:

- O Escritório Sanitário Internacional das Américas, que posteriormente tornou-se a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS);
- O Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP- *Office Internationale d'Hygiène Publique*);
- A Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN).

(BROWN e CUETO, 2011).

Em 1948, os representantes dos países membros da ONU reuniram-se em Genebra, na Suíça, fundando a OMS como agência especialista, em que foram formalmente incorporadas as funções de outros departamentos e escritórios técnicos da ONU (WHO, 1948).

A organização tem até hoje como estratégia de trabalho a cooperação com os Estados-membros. É uma organização internacional autônoma que trabalha em parceria com a ONU, sob a coordenação do ECOSOC (*Economic and Social Council*), formada por três órgãos: a Assembleia Mundial da Saúde (AMS); o Conselho Executivo, formado por trinta e quatro técnicos e uma Secretaria, administrada por um diretor executivo indicado pela AMS (BROWN e CUETO, 2011).

Desde sua criação, a Organização Mundial da Saúde, no preâmbulo de sua constituição, define o conceito de saúde que nortearia sua missão. A definição desse

conceito seria um fator de justificativa recorrente para as políticas públicas de saúde nos mais diversos discursos e documentos nacionais e internacionais elaborados no século XX. O conceito de saúde é:

O estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do seu mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

(WHO, 1948, P.01)

Contudo, a OMS enfrentou, desde cedo, interesses políticos, diplomáticos e restrições de orçamento que, por mais de cinco décadas, comprometeram a Organização e restringiram a sua capacidade de estabelecimento de políticas públicas. A crescente influência do Banco Mundial a partir de 1980 nas políticas de saúde tornaram-se um fator adicional nos desafios de legitimidade da Organização.

O Banco Mundial foi fundado em 1946 para auxiliar a reconstrução da Europa e teve seu mandato expandido para fornecer empréstimos, subvenções e assistência técnica aos países em desenvolvimento. Na década de 1970, o Banco Mundial começou a investir na saúde e educação, com ênfase no controle populacional, sendo aprovado seu primeiro empréstimo para planejamento familiar. Em 1979, o Banco já havia criado uma política de saúde populacional e um departamento de nutrição, que adotaram uma política de financiamento, composta por programas próprios de saúde como também adotou componentes de saúde de outros projetos (MATTOS, 2000).

No Relatório de Desenvolvimento de 1980, o Banco Mundial defende que a desnutrição e os problemas de saúde poderiam ser tratados com ação direta de sua assistência (WB, 1980). A capacidade de financiamento do Banco Mundial e seus protocolos de funcionamento permitiram a tomada de decisões em detrimento da OMS, percebendo-se, desde esse período, clara diminuição da influência e liderança da OMS.

Nesse sentido, é fundamental analisar a tentativa de reafirmação da liderança no campo da saúde pela OMS. Desde a década de 1970, enfrenta a tarefa de moldar a política mundial de saúde para o século XXI. Essa tentativa de projeção da organização é, aparentemente, um ato de sobrevivência, em comparação com o final da década de 1970, na qual a OMS já não se apresentava como o único agente relevante na definição de políticas na área da saúde (KICKBUSH, 2000).

Uma das importantes contribuições da OMS, inicia-se com a Declaração de Alma-Ata de 1978, quando é estabelecido o ano de 2000 como data limite para a total garantia do acesso aos serviços primários de saúde nos Estados-membros da ONU (WHO, 1978). Porém, em 1979, a própria declaração é rediscutida por possuir metas e objetivos aquém do possível de serem obtidas pelos países membros até a data limite proposta. Por meio da Declaração de Bellagio na Itália, que propôs uma reavaliação da Declaração de Alma-Ata, pretendia-se a garantia reduzida ao acesso aos cuidados básicos de saúde primários, até o ano de 2000 (KANAMGARATNAM, 1979).

No início do século XXI, a OMS enfrenta sérios problemas de estrutura e financeiros, tendo de convencer os Estados-membros de que é de seu interesse cooperar com outros agentes globais e fortalecer sua participação no campo da saúde. O grande desafio apresenta-se nos acordos políticos necessários que terão de ser negociados entre outras organizações como a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Banco Mundial e as grandes organizações financeiras. Estabelece-se uma tensão sobre quem está envolvido na identificação dos desafios e políticas globais que são relevantes para os países desenvolvidos e em desenvolvimento para propiciar nova legitimidade para a ação da saúde no momento em que as desigualdades sociais são crescentes em escala global, e decresce o compromisso internacional de assistência financeira para o desenvolvimento.

Em âmbito nacional, os sistemas de saúde e/ ou de proteção social passaram por mudanças diretamente relacionadas a transformações econômicas com vistas ao desempenho de suas funções nos domínios dos Estados nacionais, sendo a crise do capitalismo na década de 1970 e a falência do Estado de Bem-Estar Social, os propulsores dessas mudanças (MACHADO, 2011). Enquanto nos países

desenvolvidos procurou-se analisar as diferentes respostas das nações às pressões por mudanças no padrão de bem-estar social, os sistemas de proteção social dos países latino-americanos, por exemplo, apresentaram desigualdades em relação aos sistemas dos países avançados, em razão de contexto histórico, político e econômico da Região.

Nesse início do século XXI permanecem interligados com as construções políticas, econômicas e sociais do século anterior um cenário de incertezas, profundas desigualdades sociais e o enfraquecimento das antigas expectativas universais das instituições internacionais estabelecidas desde meados do século passado.

2.3 O ACESSO A MEDICAMENTOS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O conceito de medicamentos essenciais e as listas nacionais e internacionais de medicamentos essenciais surgiram em resposta a quatro grandes problemas: a falta de medicamentos nas zonas rurais e áreas urbanas marginalizadas; a proliferação de medicamentos de eficácia duvidosa; o aumento do gasto em medicamentos e a necessidade de ampliar e adequar o acesso em todas as partes do mundo (GOMEZ-DANTÉS *et al*, 2001)

Definido pela OMS em 1974, o conceito de medicamentos essenciais foi o prelúdio do estabelecimento de uma Lista Modelo de Medicamentos Essenciais para execução de políticas para medicamentos. Esse aplica-se, principalmente, às necessidades básicas da população e a possíveis situações de emergência humanitária (catástrofes naturais, pandemias, conflitos armados) e por ele entende-se:

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades primárias de saúde de uma população, estão sempre disponíveis, possuem doses apropriadas e valor que a população possa pagar.

(WHO, 2011, P.03)

Desde a edição da primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais em 1977, a OMS estabeleceu o conceito de medicamentos essenciais como fundamento para a melhoria do acesso, equidade e qualidade nos cuidados de saúde (NAVES e SILVER, 2005).

As listas de medicamentos essenciais da OMS são renovadas a cada dois anos desde 1977. As versões atuais são da décima sétima Lista de Medicamentos Essenciais da OMS e a terceira Lista de Medicamentos Essenciais para uso pediátrico, com última divulgação em março de 2011. Juntas, as duas contêm cerca de 500 medicamentos classificados como essenciais

⁵Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
Acesso em 12.11.2012

Cabe ressaltar que no mesmo ano da aprovação da primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais, ela gerou forte reação quanto a sua validade e exequibilidade. Quando a OMS atribuiu a definição de medicamentos essenciais e a primeira Lista Modelo foi publicada, vários países em desenvolvimento como Moçambique, Peru, Sri Lanka e México já haviam desenvolvido uma lista de medicamentos como uma estratégia para atender efetivamente as necessidades locais de Assistência Farmacêutica (AF) em seus serviços de saúde (OPAS, 2007).

Ciente disso, na Resolução 31.56 da Assembléia Mundial da Saúde, em 1978, a OMS orientou os Estados-membros a *"cooperar no intercâmbio de informações sobre a política de medicamentos e gerência por meio de programas bilaterais ou multilaterais"* (WHO, 1978). Entretanto, em relação ao acompanhamento dessa cooperação e divulgação de resultados, nenhuma informação oficial foi encontrada.

No âmbito da garantia do acesso a medicamentos, sob o marco da definição da Assistência Farmacêutica, a OMS a considera como:

Grupo de serviços e atividades relacionados com medicamentos, destinados a apoiar as ações da saúde que demanda a comunidade, os quais deve ser efetivados pela entrega oportuna dos medicamentos a pacientes com a garantia de critérios de qualidade na farmacoterapia.

(OPAS, 2007,)

Para OLIVEIRA *et al*, (2013), a assistência farmacêutica define-se como uma atividade que tem propósito de abastecer os sistemas, programas ou serviços de saúde com medicamentos de qualidade e distribuí-los para os pacientes por meio do estabelecimento de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) adequada.

HUNT e KOSHLA (2008) reforçam que é extremamente importante que todos os Estados nacionais tenham uma PNM atual e um plano detalhado para sua instituição, que deve incluir uma lista nacional de medicamentos. Percebe-se, porém, que no fim do século XX, cerca de cem países ainda não possuíam uma PNM

adequada e dois terços daqueles que de fato têm essa política não tinham um plano para sua execução.

Existem diferentes proposições quanto ao próprio conceito de *acesso a medicamentos* que permanece sob um contínuo processo de revisão. PENCHANSKY e THOMAS (1981) defendem que o acesso, por meio de dimensões específicas que visam caracterizar a relação entre os usuários e provedores de atenção à saúde. Essas características deveriam ser tratadas em cinco aspectos:

- *Capacidade de pagamento* ou *Affordability*: relação entre o custo dos serviços e capacidade de pagamento do usuário;
- *Disponibilidade*: relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em razão de necessidades e volume de usuários;
- *Acesso*: relação estabelecida entre a localidade do serviço e a residência dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários para transporte, tempo de viagem, distância e custo;
- *Acolhimento*: relação estabelecida entre a maneira pela qual os serviços são organizados para receber os usuários, por meio de sistemas de marcação de consultas, horário de funcionamento, instalações apropriadas e relação paciente/provedor existente, considerando a capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores;
- *Aceitabilidade*: relação estabelecida pelas atitudes dos usuários diante de práticas que caracterizam um serviço.

HORGEZEIL (2004) ressalta que os medicamentos essenciais não são medicamentos de segunda categoria selecionados para indivíduos de baixa renda, mas caracterizam-se por ser a melhor opção de tratamento levando-se em consideração o custo-efetividade de cada condição específica. Sugere que a seleção dos medicamentos essenciais deveria ser baseada em situações epidemiológicas e

buscando refletir necessidades coletivas. Ou seja, a seleção de medicamentos não seria reduzida a uma medida de controle de gastos, mas é uma estratégia baseada em clínica e gestão. Dessa forma, um medicamento de custo elevado não seria necessariamente excluído da lista.

Por meio das revisões subsequentes da lista de medicamentos essenciais, a OMS vem adotando o conceito de *acessibilidade* considerando os componentes citados. Dessa forma, tem-se a *acessibilidade geográfica* como um tipo de variante relacionada com a localidade dos serviços de saúde: distância, tempo necessário para chegar ao serviço e meios de transporte disponíveis para a população. A *acessibilidade cultural* que indica a adequação das normas técnicas do serviço aos hábitos e costumes da população usuária. A *acessibilidade funcional* relacionada à disponibilidade contínua do tipo certo de cuidado, pela oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população. A *acessibilidade econômica* relacionada ao custo dos serviços, ao estabelecer que quaisquer que sejam as formas de pagamento, o custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e do sistema adotado no país (WHO, 2010).

No entanto, ainda existem fortes barreiras quanto a garantia do acesso a medicamentos. A relação comercial estabelecida no âmbito nacional e internacional e o poder de pressão político da indústria farmacêutica com relação ao direito de patentes de novos medicamentos, são alguns dos mecanismos que se mostram relevantes nos entraves para a garantia do acesso satisfatório a produtos farmacêuticos e opções de tratamento mais inovadoras e recentes de forma igualitária. Entraves esses que se apresentam nas regras comerciais por meio da OMC e o Acordo TRIPs. Na região da ALC o acesso a medicamentos essenciais ainda tem grandes limitações. Estimou-se que em 2003, 60% dos países da região apresentavam grau de acesso a medicamentos essenciais menores do que 80% (OPAS, 2007).

*“Nós escrevemos o prefácio de um livro que vai se abrir e que não será fechado
senão depois de longos anos.”*

Callemel-Lacour, Presidente da sessão de
assinatura da Convenção de Paris sobre
Propriedade Industrial, 1883.

2.4 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO E O ACORDO TRIPS

Os direitos à propriedade industrial passaram a ser reconhecidos no século XIX, por meio do Sistema Internacional de Propriedade Industrial (SIPU), criado em 1883 na Convenção da União de Paris (CUP). Assinado por quatorze países, incluindo o Brasil, o acordo tratava da proteção industrial com base em quatro princípios:

- Tratamento nacional: cada um dos países membros gozavam, em todos os outros países membros da União, da mesma proteção, vantagens e direitos concedidos pela legislação do país a seus nacionais;
- Prioridade unionista: estabelece o princípio de que o primeiro pedido de patente ou desenho industrial depositado em um dos países membros serve de fundamento para depósitos subsequentes efetuados pelo mesmo depositante e/ ou seus sucessores legais;
- Interdependência dos direitos e território: as patentes concedidas em quaisquer dos países membros da Convenção são correspondentes em qualquer outro país signatário ou não da Convenção;
- Territorialidade: confere que o registro do desenho industrial têm validade somente nos limites territoriais do país que o concede.

(PCPIP, 1883)

O tratado permanece em vigor, sob a coordenação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (WIPO), até 2012, e serviu de referência para subsequentes tratados, como o assinado em 1947, por meio do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT -*General Agreement on Tariffs and Trade*), que tinha a intenção de diminuir barreiras para o comércio internacional (OÑATE-ACOSTA, 2010).

Criada em abril de 1994, por meio da agenda de discussões da Rodada Uruguai (1986-1994), a OMC passou a ser a instituição internacional responsável

pelos acordos relativos ao comércio internacional (WTO, 1994 a). Cabendo a todos Estados-membros da OMC o cumprimento de acordos multilaterais relacionados ao comércio, incluindo o direito à defesa da propriedade intelectual (WTO, 2002). O acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS- *Trade Related Intellectual Property Rights*), efetivo a partir de janeiro de 1995, declarava que todos os Estados membros da OMC teriam que reconhecer patentes em todos os campos tecnológicos, independente de seus estágios de desenvolvimento (CHAVES *et al*, 2007).

O acordo estabeleceu padrões mínimos de direitos de propriedade intelectual; no caso dos medicamentos a proteção patentária, que deve perdurar por no mínimo vinte anos, salvo exceções estabelecidas no próprio acordo. Ficou estabelecido, segundo o Acordo TRIPS, que os países desenvolvidos teriam um ano (até 1996) para se tornarem compatíveis, enquanto o prazo para os países em desenvolvimento seria de cinco anos (até 2000), e os países designados como países menos-menos desenvolvidos (*Least Developed Countries-LDC*) teriam onze anos (até 2006) (WTO, 1994b).

Sob o argumento de que a concessão de patentes incentivaria a inovação intelectual e tecnológica, observou-se, contudo, que as patentes criaram monopólios, como por exemplo o da permissão da indústria farmacêutica para definir e manter preços elevados de medicamentos por período mínimo de 20 anos, além de dificultar a concorrência, visto que o patenteamento também pode adiar o lançamento de medicamentos de baixo custo por meio da utilização de versões de medicamentos genéricos (CDPI, 2002).

De acordo com CHAVES *et al* (2007), ressalta-se que desde a década de 1980 o sistema de patentes, anterior à criação da OMC, era cada vez mais a favor de interesses do detentor da patente. A obrigação de conceder patentes para produtos e processos farmacêuticos acarretou amplo debate internacional sobre a repercussão negativa que o Acordo TRIPS poderia ter no acesso a medicamentos, principalmente nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos.

Com a intenção de diminuir essa repercussão, a OMS recomendou aos seus Estados membros que incorporassem em suas legislações de propriedade industrial todas as flexibilidades do Acordo TRIPS importantes para proteger a Saúde Pública; elas foram propostas na Rodada de Doha, realizada em 2001, em seu adendo sobre Saúde Pública (OLIVEIRA *et al*, 2004).

Uma dessas flexibilidades é a Licença Compulsória, a autorização de governo, que permite o uso por terceiros de um produto ou processo sob patente sem o consentimento do titular da patente, conforme estabelece o artigo 31 do Acordo (WTO, 1994a). Uma licença compulsória somente pode ser emitida em circunstâncias próprias, ou seja, em condições como falta de exploração da patente, interesse público, situações de emergência nacional e extrema urgência para remediar práticas anticompetidoras e de concorrência desleal, por falta de produção local e na existência de patentes dependentes. Por essa razão, CORREA (2005) frisa a importância de cada país incorporar nas suas legislações todas as condições possíveis para a sua emissão, a fim de ampliar o espectro de possibilidades de cada Estado utilizar esse instrumento.

Até 2009, os relatórios da ONU atribuem o mecanismo de LC, como principal instrumento de uso das flexibilidades do Acordo TRIPS para melhoria do acesso a medicamentos:

As licenças compulsórias para fabricar, importar ou negociar medicamentos protegidos por patentes estão entre as principais flexibilidades do acordo TRIPS. Elas permitem que os governos utilizem uma invenção patenteada, ou permitem a sua utilização por terceiros, sem o consentimento do detentor da patente. Elas já foram utilizadas para a produção nacional ou a importação de medicamentos por muitos governos de países em desenvolvimento para reduzir o custo dos medicamentos. A produção de medicamentos genéricos sob licença compulsória especificamente para exportar para países com pouca ou nenhuma capacidade de

produção na indústria farmacêutica também é permitida sob uma renúncia especial do Acordo TRIPS.

(UN, P. 59, 2011)

O adendo sobre Saúde Pública na Declaração de Doha reforça este argumento, ao reconhecer no parágrafo 5º, o direito dos países definirem as condições sob as quais as licenças compulsórias poderão ser emitidas*:

Assim, e à luz do parágrafo 4 acima, mantendo nossos compromissos no Acordo TRIPS, reconhecemos que essas flexibilidades incluem:

(a) Na aplicação das regras de interpretação do direito internacional público, as disposições do Acordo TRIPS devem ser lidas à luz do objeto e finalidade do acordo expresso, em particular, em seus objetivos e princípios;

(b) Cada membro tem o direito de conceder licenças compulsórias e a liberdade de determinar os motivos pelos quais essas licenças são concedidas;

⁶Compulsory licences and Government-use orders to manufacture, import or otherwise deal with patent-protected medicines are among the key TRIPS public health flexibilities. They enable Governments to use a patented invention, or permit its use by a third party, without the consent of the patent holder. They have already been used for domestic production or importation of medicines by many developing-country Governments to reduce the cost of medicines. The production of generic medicines under compulsory licence specifically for export to countries with insufficient or no production capacity in the pharmaceutical sector is also allowed under a special waiver of the WTO.³⁵ The TRIPS Agreement.

(c) Cada membro tem o direito de determinar o que constitui uma emergência nacional ou outras circunstâncias de extrema urgência, entendendo-se que crises de saúde pública, incluindo as relativas ao HIV /AIDS, a tuberculose, a malária e outras epidemias, podem representar uma emergência nacional ou outras circunstâncias de extrema urgência;

(d) O efeito das disposições do Acordo TRIPS que são relevantes para o esgotamento dos direitos de propriedade intelectual é deixar cada membro livre para estabelecer seu próprio regime para tal esgotamento sem desafio, sem prejuízo da cláusula da Nação Mais Favorecida (MFN) e as disposições nacionais de tratamento dos artigos 3 e 4.

(WTO, P.01, 2001 b)

⁷Article 5. Accordingly and in the light of paragraph 4 above, while maintaining our commitments in the TRIPS Agreement, we recognize that these flexibilities include: (a) In applying the customary rules of interpretation of public international law, each provision of the TRIPS Agreement shall be read in the light of the object and purpose of the Agreement as expressed, in particular, in its objectives and principles. (b) Each Member has the right to grant compulsory licences and the freedom to determine the grounds upon which such licences are granted. (c) Each Member has the right to determine what constitutes a national emergency or other circumstances of extreme urgency, it being understood that public health crises, including those relating to HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other epidemics, can represent a national emergency or other circumstances of extreme urgency. (d) The effect of the provisions in the TRIPS Agreement that are relevant to the exhaustion of intellectual property rights is to leave each Member free to establish its own regime for such exhaustion without challenge, subject to the MFN and national treatment provisions of Articles 3 and 4.

⁸MFN- *Most Favoured Nation* (Nação Mais Favorecida) status que uma nação atribui a outra no âmbito da OMC. Em que a nação beneficiada terá garantidas as vantagens comerciais que qualquer outra nação recebe.

Em realidade, segundo CHAVES *et al* (2007), essa declaração constituiu-se em instrumento político importante para que os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos possam instituir todas as flexibilidades previstas no Acordo, sendo as LC uma delas, relacionadas à proteção da Saúde Pública. Adicionalmente, ficou reconhecida, no parágrafo 6º, a necessidade de se identificar uma solução ao problema dos países que não possuíam capacidade tecnológica local e que, portanto, não estariam aptos tecnicamente a emitir Licença Compulsória:

Reconhecemos que os membros da OMC com capacidade insuficiente ou mesmo nenhuma capacidade de produção no setor farmacêutico podem encontrar dificuldades na utilização eficaz do licenciamento compulsório sob Acordo TRIPS. Instruímos o Conselho TRIPS para encontrar uma solução rápida para o problema e apresentar um relatório ao Conselho Geral antes do final de 2002.

(WTO, P.02, 2001 b)

Em 2003, foi aprovada uma decisão no âmbito da OMC, intitulada instituição do Parágrafo 6º da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que no fim de 2005 tornou-se uma emenda do Acordo TRIPS. Depois de inclusão nos arcabouços jurídicos nacionais, a referida emenda permite que um país membro da OMC, classificado como país importador, possa emitir uma licença compulsória e importar o produto de um país membro – classificado como “país membro exportador” – que tenha emitido uma licença compulsória para realizar a exportação (WTO, 2008).

⁹Article 6. We recognize that WTO Members with insufficient or no manufacturing capacities in the pharmaceutical sector could face difficulties in making effective use of compulsory licensing under the TRIPS Agreement. We instruct the Council for TRIPS to find an expeditious solution to this problem and to report to the General Council before the end of 2002.

Evidentemente essa questão desfavorece os países que possuem infraestrutura industrial farmacêutica pequena ou inexistente. Esses seriam os principais países que necessitariam utilizar dos mecanismos de flexibilidades para melhoria do acesso a medicamentos. Porém esses países ainda possuem outros enfrentamentos de condições técnicas para fazê-lo e também não poderiam importar de outro país, uma vez que o artigo 31(f) do Acordo TRIPS estabelece que a produção de um objeto alvo de licença compulsória, por exemplo, deve atender predominantemente ao mercado interno (WTO, 1994b).

O tratamento para importação fundamenta-se na doutrina da *exaustão internacional de direitos* prevista no artigo 6º do Acordo TRIPS. Um país pode importar um produto sob patente de outro, desde que este produto tenha sido colocado naquele mercado pelo detentor da patente ou com seu consentimento. Segundo a doutrina da exaustão de direitos, como o detentor da patente já foi recompensado pela sua invenção no país exportador, os seus direitos seriam “esgotados” naquele país. Esse mecanismo permite que o país importe um medicamento de onde ele esteja sendo vendido a um menor preço. Isso é importante porque as empresas farmacêuticas, com a intenção de aumentarem os seus lucros, praticam preços diferentes em distintos países (SUPAKANKUNTI *et al*, 2002).

Um exemplo da repercussão desse fenômeno na Saúde Pública é a compra transfronteiriça de medicamentos no Canadá feita pelas unidades federadas norte-americanas por meio de compras *online*, assim como o caso das “*travessias médicas*” na fronteira com o México, onde se estima que cerca de 5% das 100 milhões de travessias anuais entre Tijuana e San Diego sejam por motivos de saúde, principalmente para a compra de medicamentos (GONZALEZ-PIER, 2008).

Vale ressaltar que os riscos de diminuição dos direitos estabelecidos pela Declaração de Doha podem ser reduzidos por meio dos Tratados de Livre Comércio (TLC) de âmbito regional ou bilateral e que incluem disposições mais restritivas do que aquelas previstas no Acordo TRIPS e, por isso, são denominados de *TRIPS-Plus*. Esse processo reforça ainda mais os direitos dos titulares das patentes. No âmbito dos TLC destacam-se algumas disposições *TRIPS-plus* diretamente relacionadas ao setor farmacêutico, tais como:

- Vigência das patentes acima de 20 anos;
- Vínculo entre patentes e registro;
- Restrições para o uso de licenças compulsórias;
- Proteção de dados não divulgados para a obtenção de registro sanitário;
- Restrições para o princípio ativo que pode obter patente;
- Restrição para a revogação das patentes.

(CHAVES *et al*, 2007)

A indústria farmacêutica nas Américas, de acordo com dados de 2000, encontra-se predominantemente nos Estados Unidos da América, Canadá, Brasil e México, 53% do total. O mercado farmacêutico nos Estados Unidos e na América Latina e Caribe apresentam crescimento constante, embora o crescimento na ALC represente 8% apenas do mercado mundial.

Seja por meio do uso do mecanismo de licença compulsória, seja por aceitação de assistência financeira internacional, os sistemas de saúde têm importância no desenvolvimento de políticas de saúde adaptadas as realidades locais, garantindo assim a diminuição das barreiras para o acesso a medicamentos. Destaca-se, por exemplo, o caso brasileiro em 2001 para diminuição dos valores de antirretrovirais no tratamento ao HIV/AIDS (GALVAO, 2002).

Os medicamentos genéricos apresentam-se como uma alternativa para o comércio de medicamentos, que têm preços mais elevados. Segundo o Relatório *Gap Task Force* de 2008 da ONU existem opções para promoção da utilização de medicamentos genéricos permitindo a dispensação por farmacêuticos de um produto genérico no lugar do medicamento sob marca comercial. Entretanto menos de três quartos dos países em desenvolvimento têm políticas de substituição de medicamentos genéricos. Outras estratégias para aumentar o uso de medicamentos genéricos incluem os procedimentos preferenciais de registro, incentivando a concorrência de preços, e o aumento da confiança dos profissionais de saúde

habilitados para prescrição de medicamentos, farmacêuticos e pacientes sobre qualidade de medicamentos genéricos

Os medicamentos genéricos caracterizam-se por serem idênticos a um medicamento de referência, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção de patente ou de direitos de exclusividade, pois têm eficácia, segurança e qualidade comprovadas. Consideram-se intercambiáveis apenas aqueles medicamentos que apresentem testes de laboratório e clínicos em seres humanos que comprovem a sua equivalência farmacêutica ao medicamento de referência. O nome genérico do medicamento baseia-se no nome do princípio ativo, que não é protegido por uma patente, e é normalmente utilizado por vários produtores e reconhecido pela autoridade sanitária nacional competente para nomear os produtos farmacêuticos contendo o mesmo princípio ativo; ademais foram submetidos as leis de cada país e geralmente coincidem, em nomenclatura, com a Denominação Comum Internacional (DCI), proposta pela OMS (GONZALEZ-DANTÉS *et al.* , 2003).

Por sua natureza, a utilização de medicamentos genéricos caracteriza-se como uma política alternativa para a redução dos preços de determinados medicamentos e consequentemente maior possibilidade de garantia de acesso perante aos mecanismos de proteção de patentes adotadas pela OMC e pelos acordos *TRIPS-plus*. Constituem-se em importantes políticas de saúde públicas nacionais, no que se refere ao acesso a medicamentos.

“Between now and 2015, we must make sure that promises made become promises kept. The consequences of doing otherwise are profound: death, illness and despair, needless suffering, lost opportunities for millions upon millions of people. The MDGs were never meant to be a one-way street – something that rich countries do for poor ones. Quite the contrary: our long-standing work for development in general has always been based on global solidarity – on a shared interest – on a powerful sense of community and linked fates in an interconnected world.”

Secretary-General Ban Ki-moon, MDG
Summit, 22 settembre 2010.

3. AS METAS DO MILÊNIO

Sob a égide da cooperação internacional para o desenvolvimento as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) foram promulgadas em 2000 pelos Estados-membros da ONU. Elas são aspirações e o resultado de discussões prévias de conferências da ONU para o planejamento do enfrentamento das desigualdades sociais no início do século XXI.

Das conferências anteriores à promulgação da Declaração do Milênio, destaca-se a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde (WHO, 1998). Propõe atenção especial para o enfoque na promoção da saúde para o século XXI:

A Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde no próximo século. Reflete o compromisso firme dos participantes da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de recorrer à mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI.

(WHO, 1998, P. 04)

A instituição das Metas do Milênio foi a maior iniciativa para o desenvolvimento já criada, pois nelas estão contidos os esforços das estratégias dos organismos multilaterais, os esforços particulares de alguns países, do terceiro setor e do setor privado. Foi promulgada em setembro de 2000 e reconhecida como a maior iniciativa global acolhida por 147 Chefes de Estado e assinada por 189 países membros (HAINES e CASSELS, 2004).

¹⁰The Jakarta Declaration on Health Promotion offers a vision and focus for health promotion into the next century. It reflects the firm commitment of participants in the Fourth International Conference on Health Promotion to draw upon the widest possible range of resources to tackle health determinants in the 21st century.

A Declaração do Milênio menciona que os governos "*não economizariam esforços para libertar nossos homens, mulheres e crianças das condições abjetas e desumanas da pobreza extrema*" (UN, 2000, P. 01). Assim, foram estabelecidas oito Metas divididas em 21 objetivos com 61 indicadores para acompanhamento de seu progresso:

- Meta 1: Erradicar a pobreza e a fome;
- Meta 2: Obter o ensino básico fundamental;
- Meta 3: Promover a igualdade entre gênero e autonomia das mulheres;
- Meta 4: Reduzir a mortalidade infantil;
- Meta 5: Melhorar a saúde materna;
- Meta 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
- Meta 7: Garantir a sustentabilidade ambiental;
- Meta 8: Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento.

(UN, 2000)

Tabela 1 Metas e Objetivos relacionados à saúde (WHO, 2013)

Metas e Objetivos do Milênio Relacionados a Saúde
MDM 1: Erradicar a pobreza e a fome
MDM 2: Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres
MDM 3: Reduzir a mortalidade infantil
Objetivo 4A: Reduzir para dois terços, entre 1990 a 2015, taxa de mortalidade infantil até os 5 anos.
MDM 5: Melhorar a saúde materna
Objetivo 5A: Reduzir para três quartos, 1990 a 2015, a taxa de mortalidade infantil
Objetivo: 5B: Obter, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva
MDM 6: Combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças
Objetivo 6A: Diminuir pela metade, até 2015, e começar a controlar a epidemia de AIDS
Objetivo 6B: Obter, até 2010, acesso universal ao tratamento de HIV/AIDS
Objetivo 6C: Diminuir pela metade, até 2015, e começar a reverter a incidência de malária e outras doenças.
MDM 7: Garantir a sustentabilidade ambiental
Objetivo 7C: Diminuir pela metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável e saneamento básico.
MDM 8: Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento
Objetivo 8E: Em cooperação com a indústria farmacêutica, promover o acesso a medicamentos essenciais para países em desenvolvimento

A amplitude mundial do programa e os fatores envolvidos nas MDM caracterizam-se por um cenário instável de constantes progresso e retrocesso, típico do processos de globalização, em permanente transformação e principalmente naqueles programas em que diversos agentes políticos, financeiros e comerciais estão envolvidos (UN, 2008a).

As Metas têm sido constantemente alvo de críticas no que se refere às formas de sua avaliação e à efetividade de sua execução como políticas públicas; os resultados das Metas têm comparações negativas com exemplos prévios de tentativas de instituição de políticas de outras agendas internacionais e com a intensa transformação social que cada país membro da ONU deve assumir para obtenção das MDM (HAINES e CASSELS, 2004).

Nesse contexto, a complexidade e número de diferentes agentes nacionais e internacionais envolvidos é fator que implica em maior participação na tomada de decisões, além de atitudes da ONU e de seus Estados-membros. Seja por meio dos interesses internos da potência estadunidense, oriunda pós-Guerra Fria, sejam os novos agentes internacionais, com destaque para os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) (RIOS *et al*, 2011), sejam, ainda, os interesses emergentes dos Países em Menor Estágio de Desenvolvimento (PMED- *Least Developed Countries-LDC*) e as ONG. Todos em busca de maior participação horizontal e descentralizada na tomada de decisões em âmbito global.

Dessa forma, elas são uma tentativa de cooperação para o desenvolvimento diante das constantes transformações sociais, econômicas, tecnológicas e culturais que vêm se acelerando nos anos recentes e colocando a humanidade em um amplo, novo e desconhecido grau de interações geopolíticas de repercussão global, que consequentemente se refletem no campo da Saúde Pública.

Diante desse cenário, em doze anos e seis meses de vigência das Metas, passou-se pelo maior ataque terrorista sofrido pelos Estados Unidos da América em 2001, por levantes no Oriente Médio e por uma forte crise financeira mundial iniciada em 2008. Fenômenos esses, que influem todo o planejamento para obtenção das MDM para os anos finais de cumprimento (UN, 2009a). Serão sobre essas

constantes transformações sociais e econômicas, permeadas pelo processo de globalização, que as MDM enfrentam a tarefa de serem obtidas até 2015.

“Charity . . . is the opium of the privileged.”

Chinua Achebe, 1987, pág. 93.

Anthills of the Savannah

3.1 A OITAVA META DO MILÊNIO

A oitava Meta do Milênio preconiza que se deve: “*Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento sustentável*” (UN, 2000, P.ix), e encontra-se dividida em cinco Objetivos específicos:

- Objetivo 8.A: desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório;
- Objetivo 8.B: atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos;
- Objetivo 8.C: atender às necessidades especiais dos países isolados e insulares em desenvolvimento;
- Objetivo 8.D: tratar de forma compreensível com os problemas de débito dos países em desenvolvimento por meio de medidas internacionais e nacionais que possam garantir a sustentabilidade da dívida à longo prazo;
- **Objetivo 8.E: em cooperação com a indústria farmacêutica, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais com preços acessíveis nos países em desenvolvimento** (o destaque é nosso);
- Objetivo 8.F: em cooperação com o setor privado tornar os benefícios de novas tecnologias mais disponíveis, especialmente nos setores de informação e comunicação.

(UN, 2000, P.ix)

Diferentemente das sete outras Metas, a Meta 8 propõe-se a cumprir os seus Objetivos por meio de maior comprometimento dos países desenvolvidos, colocando-os em posição de destaque quanto à responsabilidade sobre o seu cumprimento (UN, 2008a).

O acompanhamento do progresso das Metas do Milênio passou por duas etapas durante os anos 2000-2007, o relatório anual das Metas do Milênio da ONU foi o instrumento de *accountability* (prestação de contas) para o acompanhamento das Metas mais importante da própria organização. A estratégia inicial resumiu-se em acompanhar os indicadores estabelecidos para cada Meta e seus Objetivos, nos primeiros quatro anos de execução.

Para o Objetivo 8.E foi estabelecido um único indicador para o acompanhamento do seu progresso, que é a *proporção de pessoas com acesso a medicamentos essenciais de forma sustentável* [grifo nosso](UN, 2004).

Em 2004, os relatórios de acompanhamento das Metas do Milênio passam a ganhar destaque e edições específicas por áreas temáticas para cada Meta. Os doze relatórios subsequentes, até 2012, passaram a ser formulados em conjunto pelas diferentes áreas técnicas da ONU pela liderança do Conselho Econômico Social (ECOSOC-*Economic and Social Council*) da própria Organização (UN, 2004) e importante participação do UNDP (*United Nations Development Program*).

Enfoque especial para o acompanhamento e financiamento da Meta 8 ocorre em 2007 com a criação do *Gap Task Force*. “Força Tarefa” entre os países membros do Comitê para Assistência para o Desenvolvimento (CAD) que estabeleceu o compromisso financeiro para destinação de recursos por meio da Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD). Passam a ser elaborados Relatórios específicos para avaliação do progresso da Oitava Meta por meio da avaliação de equipe técnica para acompanhamento do progresso (UN, 2007a). O CAD representaria nos anos seguintes a expectativa de cumprimento das Metas por meio de sua sustentabilidade financeira das mesmas pelos países integrantes do Comitê.

O Comitê para Assistência para o Desenvolvimento, fundado em 1960 e responsável pela Assistência Oficial para o Desenvolvimento, está composto por: Áustria, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, União Européia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Coreia do Sul, Luxemburgo, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos da América. São também os países pertencentes ao Conselho Diretor da OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*).

É novamente reforçado o apoio da comunidade internacional, com respeito à necessidade do cumprimento estabelecido para a Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) atingir 0,7% do PIB (Produto Interno Bruto) dos países

¹¹Disponível em: http://www.oecd.org/linklist/0,2678,en_2649_33721_1797105_1_1_1_1,00.html

membros do CAD, compromisso esse existente desde 1970 para diversas políticas públicas internacionais (UN, 2002a). Todavia, mesmo com a proposta de auxílio financeiro do CAD, nova conferência foi realizada em 2001 para fixar prioridades de financiamento para obtenção das MDM.

A Conferência Internacional sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, em Monterrey, México, em março de 2001, firmou o compromisso de que todos os países participantes executariam ações e estratégias específicas sobre a questão da assistência financeira para os países em desenvolvimento. A Conferência reconhece que a principal responsabilidade do progresso para o desenvolvimento encontra-se sob responsabilidade dos governos dos países em desenvolvimento. Ela também reconhece que os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos não conseguirão atingir as Metas, ou mesmo realizar progressos significantes em direção a elas, sem a cooperação e o apoio da comunidade internacional (UN, 2001).

Dessa forma, a comunidade internacional chegou a um consenso de que a AOD seria uma das formas mais eficazes na redução da pobreza e no apoio ao crescimento econômico, quando direcionada a países em condições de extrema pobreza e com certo grau de força política, direitos civis e instituições estabelecidas (RADELET, 2004).

LEVINE *et al* 2007, reforçam a hipótese de que o resultados obtidos com o financiamento da AOD apresentaram relação entre assistência e crescimento. Contudo os autores ressaltam que os países membros do CAD precisariam de um valor adicional de aproximadamente de 40-70 bilhões USD (*United States Dollar*-Dólar Americano) para apoiar as mudanças políticas e institucionais necessárias para atingir as MDM.

Até 2012 as doações feitas pelos países membros do CAD como também por organizações multilaterais não atingiram a proposta de 0,7% do PIB dos países pertencentes ao Conselho. Durante os anos de 2000 a 2007 a AOD apresentou uma variação entre 0,3%-0,4% do PIB entre as doações realizadas (UN, 2008a).

Além da questão do financiamento, os enfrentamentos para execução das MDM estendem-se para as esferas de execução da avaliação das Metas. A própria

ONU declara que quatro anos antes do cumprimento das Metas, em seu relatório geral de 2011, descreve os obstáculos acompanhados para o início da análise de dados da Meta 01:

A tarefa de monitorar o progresso na redução da pobreza é assolada por falta de pesquisas de boa qualidade realizadas em intervalos regulares, atrasos na comunicação dos resultados de pesquisas e documentos geram métodos analíticos utilizados no plano nacional insuficientes. Também a tarefa está prejudicada pelo problema de acesso quanto aos resultados subjacentes aos dados necessários para calcular as projeções de pobreza. Essas lacunas permanecem particularmente problemáticas na África subsaariana, onde os dados necessários para realizar comparações sobre o conjunto completo das Metas de Desenvolvimento do Milênio estão disponíveis em menos de metade dos países. Por exemplo, entre 2007 e 2009, os países nos quais tinham sido recolhidos os dados e realizada posterior análise em pesquisas divulgadas, representam apenas 20% da população da Região.

(UN, 2011b, P. 07)

¹²The task of monitoring progress on poverty reduction is beset by a lack of good quality surveys carried out at regular intervals, delays in reporting survey results, and insufficient documentation of country level analytical methods used. It is also hampered by difficulties in accessing the underlying survey microdata required to compute the poverty estimates. These gaps remain particularly problematic in sub-Saharan Africa, where the data necessary to make comparisons over the full range of MDGs are available in less than half the countries. For example, between 2007 and 2009, the countries that had collected, analyzed and disseminated survey data, represent only 20 per cent of the region's population.

Os Relatórios do *Gap Task Force* constituem principal instrumento de *accountability* para o acompanhamento do progresso da Meta 8. O Relatório de 2008 do *Gap Task Force* declara a necessidade de instituir novas formas que permitam acelerar o progresso do Objetivo tendo em vista a perspectiva de análise mais realista quanto à sua execução (UN, 2008b).

Quando se trata do Objetivo 8.E, o Relatório *Gap Task Force* de 2010 afirma que os dados relativos à garantia do acesso a medicamentos essenciais em todas as regiões foram insuficientes para estabelecer uma análise eficiente. Somente alguns países como o Quênia e Zâmbia apresentaram algum avanço mensurável com respeito à garantia do acesso a medicamentos contra o HIV/AIDS:

(...) No entanto, dois países da África subsaariana, Quênia e Zâmbia, apresentaram o número total de pacientes em terapia com antirretrovirais em ascensão de algumas centenas para quase 250.000 no final de 2008. A cobertura do tratamento da África do Sul aumentou para cerca de 700.000 pacientes infectados com o HIV em fins de 2008, com uma média de 20.000 pacientes adicionados a cada mês até 2009.

(UN Report, 2010a, P.67)

Parte da dificuldade em avaliar o progresso em direção a esse objetivo é também, a falta de uma análise quantitativa definida. Dados disponíveis em vários países sugerem a existência de grandes lacunas na disponibilidade de medicamentos nos setores público e privado, bem como uma grande variação de preços, muito maior do que os preços de referência internacionais, que tornam os medicamentos essenciais inacessíveis para os mais pobres. (UN, 2008b).

¹³However, two countries in sub-Saharan Africa, namely, Kenya and Zambia, saw the total number of patients on ART rise from a few hundred to nearly 250,000 by the end of 2008. South Africa's treatment coverage increased to about 700,000 patients living with HIV at the end of 2008, with an average of 20,000 patients being added during every month of 2009.

Dada essa preocupação, quanto ao progresso do Objetivo 8.E, o Relatório de 2008 do *MDG Gap Task Force* recomenda nova forma de fomentar a garantia do acesso a medicamentos essenciais, por meio de iniciativas locais e globais, a serem tomadas pelos Estados-membros e pela indústria farmacêutica. É nesse contexto que as análises das iniciativas locais realizadas em alguns países da ALC tornam-se recursos importantes para que se possa entender como uma parceria global para o desenvolvimento e os programas locais de acesso a medicamentos têm relevância significativa no contexto das Metas do Milênio:

O Progresso acelerado exige metas nacionais e globais em várias áreas. **Em plano nacional** [grifo nosso]:

- Eliminar impostos sobre medicamentos essenciais;
- Atualizar a política nacional de medicamentos;
- Atualizar a lista nacional de medicamentos essenciais;
- Adotar políticas de substituição para medicamentos genéricos;
- Buscar formas de reduzir as determinações comerciais e distribuição sobre os preços de medicamentos essenciais;
- Assegurar a disponibilidade adequada de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde;
- Acompanhar regularmente os preços dos medicamentos e sua disponibilidade.

(UN, 2008b, P. 43-44)

¹⁴[Accelerated progress requires explicit national and global targets in a number of areas. At the national level:

- Eliminate taxes and duties on essential medicines;
- Update national policy on medicines;
- Update the national list of essential medicines;
- Adopt generic substitution policies for essential medicines;
- Seek ways to reduce trade and distribution markups on prices of essential medicines;
- Ensure adequate availability of essential medicines in public health care facilities;
- Regularly monitor medicine prices and availability

Em nível global:

- Incentivar a indústria farmacêutica para aplicar práticas distintas de preços a fim de reduzir os valores de medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento quando equivalentes genéricos não estão disponíveis;
- Reforçar a promoção da produção de medicamentos genéricos e eliminar os obstáculos à sua produção;
- Aumentar o financiamento para pesquisa e desenvolvimento nas áreas de medicamentos relevantes para os países em desenvolvimento, incluindo formas farmacêuticas pediátricas.

(UN, 2008b, P. 43-44)

A agenda internacional das Metas do Milênio aplica mais de 50% dos investimentos nos países das Regiões da África e do Sul da Ásia (UN, 2005b), que apresentam os menores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Tal fato torna mais complexo a perspectiva de se obter as Metas na América Latina e Caribe.

Não obstante, a ALC é a que ainda apresenta disparidades sociais e econômicas mais relevantes (UN, 2005a). Ao mesmo tempo em que se encontram países com IDH elevado, verifica-se que os mesmos possuem grandes disparidades sociais, o que caracteriza a Região com as maiores desigualdades econômicas e sociais do mundo (IDB, 2006).

¹⁵At the global level:

- Encourage pharmaceutical companies to apply differential pricing practices to reduce prices of essential medicines in developing countries where generic equivalents are not available;
- Enhance the promotion of the production of generic medicines and remove barriers to uptake;
- Increase funding for research and development in areas of medicines relevant to developing countries, including children's dosage forms.

No caso da ALC, a assistência financeira internacional para a Região mostra-se insuficiente desde a instituição das Metas do Milênio. O que poderia ser erroneamente considerado como sinal positivo, uma vez que houve crescente desenvolvimento da Região, mas em verdade, pode representar o fato de que financiamentos a curto prazo não são suficientes para fortificar uma estrutura baseada em ousadas estratégias de políticas públicas, e que os recursos para ajuda financeira internacional estão mais propensos a sofrer influência por aspectos de interesses políticos globais do que por uma forte política pública locoregional com prioridades estabelecidas (RIOS *et al*, 2011).

Quanto à questão do acesso a medicamentos, seja por meio da oferta do setor público, seja pela oferta do setor privado, é igualmente díspar em todos os países da ALC, particularmente para os medicamentos contra doenças crônicas (UN, 2008a). Isso significa que, ainda que uma pequena parte da população possa sustentar os custos de medicamentos essenciais ou tenha acesso a eles no setor privado, a maioria da população, que depende do acesso a medicamentos por meio da esfera pública estatal, enfrenta sérios desafios para sua obtenção (BID, 2006).

Latinoamérica

Soy... Soy lo que dejaron
 Soy toda la sobra de lo que se robaron
 Un pueblo escondido en la cima
 Mi piel es de cuero, por eso aguanta cualquier clima
 Soy una fábrica de humo
 Mano de obra campesina para tu consumo
 Frente de frío en el medio del verano
 El amor en los tiempos del cólera, mi hermano!
 Soy el sol que nace y el día que muere
 Con los mejores atardeceres
 Soy el desarrollo en carne viva
 Un discurso político sin saliva
 Las caras más bonitas que he conocido
 Soy la fotografía de un desaparecido
 La sangre dentro de tus venas
 Soy un pedazo de tierra que vale la pena
 Una canastra con frijoles
 soy Maradona contra Inglaterra
 Anotándote dos goles
 Soy lo que sostiene mi bandera
 La espina dorsal del planeta, es mi cordillera
 Soy lo que me enseñó mi padre
 El que no quiere a su patria, no quiere a su madre
 Soy américa Latina, un pueblo sin piernas, pero que camina
 Oye!
 Tú no puedes comprar el viento
 Tú no puedes comprar el sol
 Tú no puedes comprar la lluvia
 Tú no puedes comprar el calor
 Tú no puedes comprar las nubes

*Tú no puedes comprar los colores
Tú no puedes comprar mi alegría
Tú no puedes comprar mis dolores
Tengo los lagos, tengo los ríos
Tengo mis dientes pa' cuando me sonrío
La nieve que maquilla mis montañas
Tengo el sol que me seca y la lluvia que me baña
Un desierto embriagado con peyote
Un trago de pulque para cantar con los coyotes
Todo lo que necesito
tengo a mis pulmones respirando azul clarito
La altura que sofoca,
Soy las muelas de mi boca, mascando coca
El otoño con sus hojas desmayadas
Los versos escritos bajo la noches estrellada
Una viña repleta de uvas
Un cañaveral bajo el sol en Cuba
Soy el mar Caribe que vigila las casitas
Haciendo rituales de agua bendita
El viento que peina mi cabellos
Soy, todos los santos que cuelgan de mi cuello
El jugo de mi lucha no es artificial
Porque el abono de mi tierra es natural
Trabajo bruto, pero con orgullo
Aquí se comparte, lo mío es tuyo
Este pueblo no se ahoga con marullo
Y se derrumba yo lo reconstruyo
Tampoco pestañeo cuando te miro
Para que te recuerde de mi apellido
La operación Condor invadiendo mi nido
Perdono pero nunca olvido
Oye!*

Vamos caminando
Aquí se respira lucha
Vamos caminando
Yo canto porque se escucha
Vamos dibujando el camino
Vamos caminando
Aquí estamos de pie
Que viva la América!
No puedes comprar mi vida...

Latinoamérica

Composição: Rafael Arcaute e Calle 13

Interpretação: Totó La Momposina, Residente
Calle 13 e Maria Rita.

4. OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, DE CUBA E DO MÉXICO

Para esse estudo faz-se necessário ressaltar que não se deve desconsiderar a existência de controvérsias em torno do próprio conceito de regionalismo da América Latina e Caribe, que impõe desafios para se construir um pensamento crítico, dados os elementos de identidade das diferentes culturas e as singularidades constituintes de cada país da Região.

A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) desenvolveu importante construção do pensamento crítico sobre a especificidade latino-americana, com tradição na realização de estudos e na formulação de proposições relativas ao desenvolvimento econômico e social da Região. No que se refere às políticas de saúde, estudos comparados sobre as mudanças recentes nos países latino-americanos ainda são relativamente escassos, embora alguns autores já tenham destacado os efeitos prejudiciais das reformas liberais das décadas de 1980 e 1990 sobre os sistemas de saúde da Região (OLIVEIRA *et al*, 2004).

Observa-se que no âmbito nacional, os sistemas nacionais de saúde de vários países passaram por mudanças diretamente relacionadas a transformações econômicas para o desempenho de suas funções no âmbito dos Estados Nacionais (MACHADO, 2011). Tendo a crise do capitalismo na década de 1970 e o enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos, como propulsores dessas mudanças. Enquanto nos países desenvolvidos procurou-se analisar as diferentes respostas das nações às pressões por mudanças nos Estado de Bem-Estar Social de suas populações, os sistemas de proteção social dos países latino-americanos apresentaram crescentes desigualdades em relação aos sistemas dos países desenvolvidos, em razão do contexto histórico, político e econômico da Região.

A intensificação das reformas de cunho neoliberal apresenta-se de forma mais aguda principalmente na década de 1990. A inclusão do tema da reforma setorial na agenda política da Região é fruto tanto da constatação de índices elevados de pobreza, e consequente agravamento da situação de saúde das populações, quanto de

investimentos públicos menores na saúde, em meio a demandas sociais crescentes (ALMEIDA, 1999).

É possível perceber algumas semelhanças nos modelos de proteção social em alguns países latino-americanos, que consequentemente se expressam em seus sistemas de saúde. Entre eles, ressalta-se: o trajeto histórico predominantemente corporativo e fragmentado e os elevados gastos na prestação de serviços do setor privado:

As reformas empreendidas na saúde em muitos países a partir dos anos 1980/90 muitas vezes reiteram ou mesmo aprofundaram distorções estruturais dos sistemas, como a fragmentação e as iniquidades. Os sistemas de saúde de vários países latino americanos, que já apresentavam distorções históricas estruturais, sofreram - e ainda sofrem - profundamente os efeitos das reformas de inspiração neoliberal das últimas décadas. No período mais recente, mesmo com a justificativa de ampliação do acesso, as mudanças operadas nos sistemas têm se orientado fortemente por uma lógica gerencial, expressada no aprofundamento da segmentação dos seguros, na adoção de instrumentos como pacotes ou listas de benefícios explícitos e na expansão da oferta privada. Tais mecanismos têm se mostrado insuficientes para a superação dos problemas estruturais e das desigualdades em saúde.

(MACHADO , 2011, P. 2689-2690)

A questão do acesso a medicamentos e as políticas públicas para garantia de sua instituição inevitavelmente são permeadas pelos processos políticos e econômicos nacionais e internacionais. Nesse capítulo, elabora-se a descrição das políticas nacionais para medicamentos, para acompanhar o desenvolvimento dos três países estudados e estabelecer uma possível relação com o Objetivo 8.E.

4.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS

O Brasil estabeleceu um sistema de cobertura nacional de saúde com base na universalidade, integralidade e equidade para execução de sua política de saúde pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como instrumento jurídico para sua instituição a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, considerada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (MONTECKIO *et al*, 2011).

O SUS oferta serviços de forma descentralizada por meio de sua rede de clínicas, hospitais e outras instalações, e por contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos. O setor privado é composto por um sistema de seguros conhecido como Saúde Suplementar (SS) financiado com o apoio de empresas, famílias, cooperativas médicas, planos e seguros de saúde individuais. Há também hospitais, clínicas e laboratórios privados que operam com base em pagamento direto pelos usuários (PAIM, 2009).

De acordo com os princípios do SUS, é garantido o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, incluindo medicamentos, previsto em 1990, mas regulado somente em 1998, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM). A PNM tem como propósito garantir a eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais (PIZZOL *et al*, 2010).

O SUS passa por mudanças importantes que têm marcado a política de saúde do país. A universalidade trouxe a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e diante disso, a Atenção Básica à Saúde (ABS) se constitui em prioridade de governo na reorientação das políticas de saúde no plano local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. A ABS se fortaleceu na década de 1990 com o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde. O PSF tem como missão superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas predominantemente curativas, visando à reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica (PAIM, 2009).

Durante esse processo o PSF deixa de ser um programa e passa a ser uma estratégia para reorganização da atenção básica, sendo denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse nível de atenção procura-se responder às demandas sanitárias e às relacionadas com as ações clínicas. A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças (OLIVEIRA *et al*, 2013).

O SUS caracteriza-se como estratégia desafiadora para um país com quase 194 milhões de habitantes e que é alvo de constantes enfrentamentos políticos, sociais e econômicos no seu processo de execução. Segundo pesquisas como a de BAHIA *et al* (2011), o segmento privado recebe altos investimentos, no qual a maioria das empresas privadas optam por um seguro de saúde, que é diretamente descontado na folha de pagamento de cada empregado, intensificando a criação de um conjunto de seguradoras que também se tornam responsáveis pela promoção de saúde, porém invertendo a lógica da seguridade social pela lógica do lucro.

Quanto à indústria farmacêutica nacional, o país possui uma rede composta por 16 laboratórios farmacêuticos públicos que têm sido um componente importante da PNM. O Instituto de Tecnologia em Fármacos (ITF) (Farmanguinhos/ Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Saúde) tem atuação importante nas negociações de preços entre o governo brasileiro e três empresas farmacêuticas multinacionais (Merck, Roche e Abbott) sobre quatro antiretrovirais sob patentes em 2001. A negociação resultou em significativas reduções de custo do Crixivan® (indinavir) redução de 64,8%, do Stocrin® (efavirenz) redução de 59%, do Viracept® (nelfinavir) redução de 40% e do Ritonavir® (lopinavir) redução de 46%. Esses novos preços asseguraram a sustentação do programa do Brasil de fornecer o acesso universal a antiretrovirais (OLIVEIRA *et al*, 2004).

A produção de medicamentos é feita por laboratórios estatais de produção, governos estaduais e do governo federal e se caracteriza como unidade de apoio e suporte a políticas setoriais. O sistema compreende atualmente 18 laboratórios: FarManguinhos/ Fiocruz, Laboratórios Farmacêuticos do Exército, Marinha e Aeronáutica, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Ceará; laboratórios vinculados aos

governos estaduais, em Pernambuco, Alagoas, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraíba; e aqueles de universidades estaduais, em Londrina e em Maringá (BARCELOS, 2005).

Todavia, 70% do mercado de produção e lucro farmacêutico pertencem a empresas privadas (50% de capital estrangeiro). A produção de medicamentos genéricos é realizada por 37 empresas nacionais e 12 empresas estrangeiras (HOMEDES e UGALDE, 2004). A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos em 2000 apresentou informações relevantes quanto à questão do acesso no Brasil. Ela estimou que em 2000, setenta milhões de brasileiros não dispunham de meios para fazer uso dos medicamentos essenciais à sua saúde (BRASIL, 2000).

A orientação da OMS apoia os países a elaborar suas listas de medicamentos próprios, ajustados às necessidades locais. Desde 1964, o Brasil tem sua própria lista de medicamentos essenciais denominada de Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que passou a ser renovada com crescente regularidade, agora a cada dois anos (1999, 2002, 2006, 2008 e 2010), existindo versões em alguns Estados e municípios importantes- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Houve até uma lista muito ampla divulgada em 1964, lista essa publicada treze anos antes da Lista de Medicamentos Essenciais (1977) da própria OMS. Sem dúvida a garantia do acesso a medicamentos e a construção da assistência farmacêutica. Iniciou-se com a Política Nacional de Medicamentos em 1998 e aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos em 1999 (Lei nº 9.787/99).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é instrumento estratégico para a PNM. A RENAME orienta a aquisição de medicamentos adequados para o tratamento e prevenção das doenças prevalentes na população. Tendo como propósito, servir de base para a indução da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 1999).

Três eixos organizam a ação de governo quanto a PNM:

- A regulação sanitária, que tem por finalidade proteger o consumidor quanto ao uso de produtos com qualidade e eficácia duvidosas;
- A regulação econômica, que visa proteger o consumidor de eventuais abusos cometidos pelo mercado;
- A assistência farmacêutica, que utiliza ações específicas como pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos para promover não apenas o acesso a medicamentos considerados essenciais, mas também seu uso racional na promoção, proteção e recuperação da saúde.

(BRASIL, 2001)

Conforme salienta SANT'ANA *et al.* (2011b), P. 139:

É importante destacar que a RENAME não é a lista de todos os medicamentos financiados/fornecidos pelo setor público, nem somente daqueles destinados à atenção básica. A RENAME é, de fato, o instrumento orientador das ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no SUS, em todos os níveis de atenção. No Brasil, as três esferas de governo participam no financiamento da assistência farmacêutica. Os detalhes das atribuições e responsabilidades são pactuados nas instâncias decisórias do SUS: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne gestores das três esferas de governo, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por gestores dos Estados e de seus respectivos municípios. A definição do elenco final de medicamentos sob responsabilidade de cada esfera deve, sempre que possível, orientar-se pela RENAME, de forma que o conceito de medicamentos essenciais sirva para embasar as instâncias de financiamento e gestão.

A assistência farmacêutica, como componente do SUS tem efetiva função nas ações de melhoria das condições da assistência à saúde da população. Seguida da desativação da Central de Medicamentos (CEME) em 1997, o Ministério da Saúde aprovou, em outubro de 1998 a Política Nacional de Medicamentos por meio da Portaria GM nº 3.916/98, que passou a ser instrumento de orientação de todas as ações no campo de medicamentos e assistência farmacêutica (BRASIL, 1998).

Uma vez que a gestão do SUS é partilhada entre as três esferas de governo existem a orientação para que cada governo estadual e municipal selecione medicamentos para sua lista regional, a partir da relação nacional (BRASIL, 1999). A Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90 regulam a disposição da Constituição Federal e determinam os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo funções e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. O artigo 6º da Lei nº 8.080/90 assegura o provimento da assistência terapêutica íntegra, incluindo a Assistência Farmacêutica.

Tabela 2 Principais normas que tratam do SUS e da Assistência Farmacêutica no Brasil

Título	No.	Data	Ementa	Origem
Constituição Federal	-	5/out/1988	-	Assembléia Nacional Constituinte
Lei Federal	8 080	19/set/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes	Poder Legislativo Federal
Portaria	3 916	10/nov/1998	Aprova a Política Nacional de Medicamentos	Poder Executivo (Ministro da Saúde)
Resolução	338	6/mai/2004	Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica	Poder Executivo (Conselho Nacional de Saúde)
Portaria	204	29/jan/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle	Poder Executivo (Ministro da Saúde)
Portaria	1 044	5/mai/2010	Aprova a sétima edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)	Poder Executivo (Ministro da Saúde)

(SANT'ANNA, 2011a, P. 139)

A Política Nacional de Medicamentos tem oito diretrizes, sendo base a RENAME. Essas diretrizes agregam quatro prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta política, bem como para a execução das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento. São elas:

1. A adesão da relação de medicamentos essenciais;
2. Regulamentação sanitária de medicamentos;
3. Reorientação da assistência farmacêutica;
4. Promoção do uso racional de medicamentos.

(PONTES JUNIOR *et al*, 2008)

Conforme analisam PIZZOL *et al.* (2010), o Brasil elaborou em 1964 sua primeira relação básica de medicamentos considerados essenciais, antes da recomendação da OMS, em 1977. Apesar desse pioneirismo, a descontinuidade das políticas públicas nas décadas subsequentes e os longos períodos em que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ficou sem revisão podem ter atrasado o processo de consolidação do conceito de medicamento essencial entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

Além do programa de AF no SUS, em 2004, o Governo federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). O Programa surgiu por demanda do governo federal para estabelecer ampliação do acesso a medicamentos. O projeto pode beneficiar 11,5 milhões de pessoas portadoras das doenças, que não utilizam consultas médicas regulares no Sistema Único de Saúde. A subvenção permitirá a compra dos medicamentos com descontos que vão de 50% a 90% (BRASIL, 2010). A proposta de fornecimento de medicamentos a baixo custo utilizado pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE) desde 2001 foi o modelo para a nova iniciativa do governo federal. (SANTOS-PINTO, 2011).

Entretanto, os estudos nacionais sobre o tema têm focado principalmente a prescrição de medicamentos constantes na RENAME ou na REMUME, e estas últimas devem ser elaboradas para atender às necessidades específicas da população

de cada município, tendo a RENAME como modelo. Aspectos referentes à elaboração, às características das listas básicas de fármacos e à disponibilidade dos medicamentos têm sido pouco investigados, tanto no Brasil quanto em outras nações que adotaram políticas de medicamentos essenciais.

4.2 O SISTEMA DE SAÚDE EM CUBA: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS

Com população de 11 milhões de habitantes, Cuba, junto do Chile e Costa Rica, encontra-se no topo do *ranking* de países com bons indicadores de saúde na ALC. Seu Sistema de Saúde, *Sistema Nacional de Salud* (SNS), é gerido pelo Ministério da Saúde e o Estado reconhece a saúde como direito inalienável de seus cidadãos. Em 2011, Cuba investiu 11% do seu PIB em saúde, o maior investimento no setor da saúde feito na América Latina. O Ministério da Saúde, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS), concentra os recursos destinados aos serviços de saúde e opera em todos os níveis da atenção à saúde (DOMINGUEZ-ALONSO, 2011).

Os serviços de saúde encontram-se destinados em 80% para a atenção primária. Nela, as policlínicas e clínicas de médico e enfermeiro da família, desempenham importante função. Estas unidades são basicamente subordinadas às unidades municipais. O nível secundário cobre cerca de 15% dos problemas de saúde, sua função básica é a de tratar o paciente para evitar complicações e por meio de iniciativas de promover recuperação. O nível secundário possui como unidade básica um hospital provincial de referência, Cuba encontra-se dividida em quatorze províncias. No nível terciário são tratados cerca de 5% dos problemas de saúde e complicações a ela relacionadas. O cuidado é central e fornecido principalmente em hospitais especializados ou institutos nacionais (DOMINGUEZ-ALONSO, 2011).

A assistência farmacêutica cubana estabelece-se por meio da Autoridade Regulatória de Medicamentos (ARM) sob regulação do uso racional de medicamentos, que de um lado está relacionada com a necessidade de fornecer produtos com justificação terapêutica com base em normas e procedimentos aprovados e de outro, desenvolver instrumentos de regulação sobre atividades quanto ao desenvolvimento de novos produtos para o mercado cubano (GONZALEZ e ORTA, 2003).

Em Cuba, a ARM foi ativa nos últimos dez anos quanto ao estímulo de produção e uso de medicamentos genéricos de acordo com as recomendações da

OMS (GONZALES e ORTA, 2003). A avaliação econômica de programas de saúde, instituição de tecnologias e, especialmente, programas farmacêuticos, empregam-se com frequência cada vez maior para que os recursos sejam utilizados da forma mais eficiente possível visando obter o máximo benefício para os pacientes (HERRERA, 2004).

A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) é utilizada em Cuba como modelo de diretrizes quanto ao uso de medicamentos. Cuba tem investido em medicamentos básicos, considerando condições de saúde de sua população, as características e níveis de serviços de saúde, a existência de produtos farmacêuticos, a eficácia comprovada de fármacos e seu custo-benefício. O Formulário Nacional, orientado pela lista de medicamentos essenciais da OMS, é determinante para produção de medicamentos básicos. A utilização do Formulário Nacional em entidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é o resultado de esforço do *Ministerio de Salud Publica* (MINSAP) e do Centro para o Desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF) (CASTRO-ARMAS *et al*, 2006).

Como parte dessa estratégia, a Farmácia Municipal Principal (FPM) é o centro de referência na região delimitada de cada província. Para cada província, a criação da Rede Nacional de Farmacoepidemiologia (RNF), com o seu corpo diretor: o Centro para o Desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF), subordinado a um grupo de centros provinciais e municipais que possuem a responsabilidade para execução da estratégia nacional farmacoepidemiologica do país (ROSSEL-MOZON, 2005).

O Ministério da Saúde Pública, e em particular o Centro para o Desenvolvimento da Farmacoepidemiologia, instituiu um Programa Nacional de Medicamentos e a execução de uma estratégia para a promoção do uso racional de medicamentos. A concepção desta estratégia requer padrões de comportamento da população em relação ao assunto e tem garantido qualidade no acesso a medicamentos essenciais no país (GARCIA *et al*, 2009).

O embargo dos Estados Unidos da América em Cuba é o mais longo na história (1962-2013), tendo causado efeitos diretos sobre o comércio, a assistência internacional e a economia doméstica cubana. As sanções em matéria de saúde, contudo, possuem caráter indireto e difíceis de identificar. As sanções não declaram que Cuba não pode comprar medicamentos de empresas estadunidenses ou de suas subsidiárias estrangeiras. No entanto, tal licença tem sido rotineiramente negada. Muitos medicamentos e produtos médicos são produzidos apenas por empresas estadunidenses e, portanto, não podem ser adquiridos. Resulta que os produtos médicos produzidos fora dos Estados Unidos custam à Cuba cerca de 30% a mais e possuem taxas alfandegárias entre 50% a 400% mais elevadas (GARFIELD e SANTANA, 1997).

Mesmo sem uma planta industrial farmacêutica nacional estruturada e apesar das sanções internacionais impostas ao país, Cuba tem priorizado as políticas de saúde a sua destinação de recursos. Garante-se assim, mesmo com todas as implicações e tensões políticas do embargo o reconhecimento do direito aos serviços íntegros à saúde para todos os cubanos.

4.3 O SISTEMA DE SAÚDE NO MÉXICO: POLÍTICA DE SAÚDE E ACESSO A MEDICAMENTOS

Com aproximadamente 101 milhões de habitantes, o México tem um sistema de saúde composto pelo setor público e o privado. Estima-se que a despesa total em saúde, em porcentagem do PIB aumentou de 5,1% em 2000 para 5,9% em 2008 (KNAUL *et al*, 2010). Isso também ocorreu com a despesa de saúde *per capita*, que subiu de 508 USD em 2000 para 890 USD 2008. Os gastos com saúde como porcentagem do PIB encontram-se abaixo da média da América Latina (6,9%) e igualmente do que se gasta em saúde na Argentina (9,8%), na Colômbia (7,4%), na Costa Rica (8,1%) e no Uruguai (8,2%) (DANTES *et al*, 2011).

No México, políticas de seguridade social foram introduzidas em 1943, contudo foram limitadas a funcionários de empresas privadas ou instituições do setor público e seus dependentes, ou seja, os setores da economia formal. Essa estrutura excluiu trabalhadores autônomos, desempregados e os que se encontravam em completa informalidade sob as estruturas de trabalho (FRENK, 2007).

O país estrutura os serviços de saúde em três grupos de instituições: segurança social, assistência social e as instituições particulares (LEYVA-FLORES *et al*, 1998). O setor público inclui instituições de segurança social, que prestam serviços para os trabalhadores do setor formal da economia como:

- Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS- *Instituto Mexicano del Seguro Social*);
- Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE- *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*);
- Petróleos Mexicanos (PEMEX- *Petróleos Mexicanos*);
- Ministério da Defesa Nacional (SEDENA- *Secretaría de la Defensa Nacional*);

- Secretaria da Marinha (SEMAR- *Secretaría de Marina*).

As instituições que garantem a seguridade social para a população sem vínculo empregatício formal são:

- Seguro de Saúde Popular (SPS- *Seguro de Salud Popular*) da Secretaria de Saúde (Ssa- *Secretaria de Salud*);
- Serviços de Saúde do Estado (SESA- *Servicios Estatales de Salud*);
- IMSS-Oportunidades (IMSS-O- *Instituto Mexicano del Seguro Social*).

As três fontes principais de financiamento das instituições de segurança social são:

1. Contribuições do governo;
2. Contribuições de pessoas jurídicas (no caso de ISSSTE, PEMEX, e SEDENA; SEMAR é do próprio Estado);
3. Contribuições de indivíduos com empregos formais.

Tanto a Ssa, quanto o SESA são financiados pelos governos federal e estadual, com pequena contribuição paga pelos usuários para obter cuidados (taxa de copagamento). A população sob responsabilidade da SSa e da SAS recebe os cuidados de saúde nas instalações destas instituições, que tem recursos humanos capacitados próprios. O SPS é financiado pelo governo federal, governos estaduais e taxas familiares para cuidados de saúde. Por fim, o setor privado é financiado por pagamentos realizados por usuários ao receberem cuidado por meio de seguros de saúde privados, que fornecem serviços em clínicas e hospitais privados (DANTES *et al*, 2011).

Durante o período em que o México encontrou-se sem garantia universal de saúde, observou-se que até o ano de 2000, metade das famílias mexicanas, a maioria de baixa renda, não estava coberta por proteção social alguma. Somente em 2004, uma grande reforma legislativa foi criada para estabelecer um sistema de proteção

social em saúde. Desde a sua entrada em vigor em 1 de janeiro de 2004, o novo sistema foi submetido a um planejamento estratégico no qual, a proteção social seria gradualmente estendida para cobrir 12 milhões de famílias sem seguro (cerca de 50 milhões de pessoas) caminhando para a cobertura universal até 2010 .

A estratégia para alcançar essa finalidade baseia-se em seguro público voluntário chamado de Seguro de Saúde Popular (SSP). Inicialmente denominado de PROGRESA (*Programa de Educación, Salud, y Alimentación*) e renomeado para *Oportunidades*. O PROGRESA baseava-se em programa de incentivos financeiros para as famílias além da assistência para o financiamento do ensino primário e secundário. Embora o período de transição possa parecer longo, demandou enormes esforços de organização para alocação de recursos de aproximadamente 1,7 milhões de dólares por mês. Para garantir que essa expansão da cobertura tivesse os recursos necessários, a reforma introduziu novo sistema de financiamento, que é estipulado num orçamento federal compulsório para atender a demanda. O resultado líquido é que o financiamento público vai aumentar em um ponto percentual do Produto Interno Bruto (PIB) no período de sete anos, a maior parte oriunda de impostos federais complementados por contribuições estaduais. Os aumentos orçamentais progressivos durante os sete primeiros anos estipulado na cobertura da nova lei estendem-se para permitir uma ampla gama de intervenções de alto custo definidas por meio de um mecanismo de prioridade transparente e coletivo (FRENK, 2007).

Como IMSS e ISSSTE, o financiamento do Seguro Popular é tripartite. Na ausência de um empregador, a corresponsabilidade financeira encontra-se entre o governo federal e estadual. A contribuição social é fornecida pelo governo federal e em 2011 foi de 70 milhões de dólares. O governo federal e o governo estadual estabeleceram uma contribuição de solidariedade. Em média, a contribuição solidária federal é cinco vezes maior do que a estadual. O destino do financiamento do Seguro Popular de financiamento também foi dirigido para o acesso a medicamentos essenciais. Em 2002, 55% dos pacientes obtiveram prescrições em clínicas de ambulatório do Ministério da Saúde. Em 2011, esse número chegou a 62% (KNAUL *et al*, 2012).

O uso de medicamentos essenciais remonta a 1950, data em que o Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) cria a sua primeira lista de medicamentos básicos. Vinte e cinco anos depois, em 1975, editou-se o *Contrato Presidencial* que estabelece que todas as instituições de saúde pública devem ter uma Lista Básica de Medicamentos (LBM) de uso compulsório. No entanto, foi somente em 1977, que se divulgou o primeiro quadro de caráter básico setorial. Seus propósitos foram:

- a) a racionalidade do uso de drogas;
- b) promover o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional;
- c) melhorar o abastecimento de matérias-primas farmacêuticas;
- d) garantir o acesso de todos os departamentos de saúde do setor público a medicamentos essenciais

(GOMEZ-DANTEZ *et al*, 2001)

A disponibilidade de medicamentos essenciais para a saúde é um serviço básico, como previsto pelo artigo VIII, seção 27 da Lei Geral de Saúde (LGS). Sob a premissa de garantir o acesso a medicamentos, estratégias de distribuição e linhas de ação do setor público. Já em 1950, o Instituto Mexicano de Segurança Social (IMSS) deu o primeiro passo para criar uma lista de medicamentos essenciais. Instruiu as regras de sua compra, prescrição e acesso, seguido pelo *Acordo Presidencial* segundo o Diário Oficial da Federação (DOF), em 9 de abril de 1975, que afirmou que o setor público deveria ter uma LBM de uso compulsório, mas isso somente ocorreu em 1977, quando se divulgou a primeira LBM. Desde então, a LBM é revista e renovada. A edição mais recente é a do Quadro e Catálogo Básico de Medicamentos (QCBM), edição de 2006, com nove revisões até 18 de fevereiro de 2008, que contém cerca de 800 medicamentos genéricos, pouco mais de 300 em relação a lista de medicamentos essenciais promovida pela OMS. Uma das responsabilidades do Ministério da Saúde quanto à determinação da lista de medicamentos essenciais para a saúde no QCBM, é garantir a sua contínua revisão e disponibilidade para a população que necessita, em coordenação com as autoridades competentes (artigo 29) (MEXICO, 2006).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a percentagem da despesa total em saúde para a compra de medicamentos no México aumentou de 19,4% em 2000 para 22,9% em 2007; em termos absolutos, um aumento de 87,3% (de 85 para 150 milhões de USD). Em 2008, o Ministério da Saúde (IMSS) indica que os gastos com medicamentos do setor de saúde pública foi de pouco mais de 36 milhões de USD, cerca de 26% dos gastos totais no país (KNAUL *et al*, 2010).

Quanto à dinâmica do mercado mexicano de medicamentos, ele caracteriza-se como um dos maiores na América Latina e encontra-se em nono lugar do mundo. De acordo com dados do Censo Econômico de 2004, o México tinha 480 empresas envolvidas na produção de matérias-primas para a indústria farmacêutica ou de produtos farmacêuticos.

Em volume de vendas, o setor farmacêutico é o segundo na economia de produção nacional, perdendo apenas para a indústria do petróleo. De acordo com os dados apresentados, este setor aumentou suas vendas em 11,8% entre 2002 e 2005. Este crescimento é 18,0% maior do que a economia nacional (PIB durante o mesmo período aumentou 10,0%) e confirma sua posição como um dos setores mais dinâmicos da economia mexicana. Uma característica do mercado farmacêutico mexicano é a distinção clara entre os setores público e privado: grande porcentagem das vendas é realizada diretamente para os consumidores finais, laboratórios farmacêuticos no México dedicaram esforços consideráveis para se tornarem fornecedores do setor público. Essa estratégia, no entanto, é particularmente mais importante para a sustentabilidade dos laboratórios nacionais (TORRES e GUTIERREZ, 2009).

No setor privado do mercado mexicano, que representa 85% do valor total, o regulamento inclui, basicamente, questões relativas à eficácia e segurança dos medicamentos. No campo econômico é reduzida a fixação de preço máximo para produtos de varejo com patentes. Este preço é apresentado pela empresa ao Ministério da Economia, de acordo com o disposto no artigo 31 da Lei Geral de Saúde (MEXICO, 1984). No varejo, o preço máximo é definido como o preço médio de fábrica logo anterior ao primeiro trimestre nos seis países com maior participação

no mercado global. No segmento de medicamentos genéricos e produtos de marca com patente em vigor, não há regulação de preços. Apesar do regulamento, um estudo recente do Ministério da Saúde declarou que os preços no México são os mais altos da América Latina. Entre as estratégias para controlar os custos, uma das políticas mais eficazes tem sido a utilização de medicamentos genéricos, enquanto a prescrição se orienta para o uso de medicamentos essenciais. A OCDE relata que os preços estabelecidos pelo Instituto Mexicano de Segurança Social (IMSS) são 80% mais baratos do que os preços do medicamento de marca no setor privado.

A falta de um sistema de saúde integrado no México é um dos fatores que aumenta o gasto com medicamento diretamente proporcional aos gastos com a saúde, pois somente em instituições do setor público prescrevem medicamentos genéricos de acordo com a Quadro Básico de Catálogo de Medicamentos, que contém uma lista de princípios terapêuticos comprovados seguindo as orientações da OMS. (MOLINA-SALAZAR *et al*, 2008).

A questão do acesso a medicamentos tem um quadro legal abrangente que vai desde a Constituição de Estados Unidos do México, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e entre as disposições da legislação geral a Lei de Planejamento, a Lei Orgânica da Administração Pública Federal, a Lei do Orçamento Federal e de Responsabilidade Fiscal e a Lei Geral de Saúde (MEXICO, 2011). O Programa Específico para Melhorar o Acesso aos Medicamentos (PEMAM) serve para garantir o acesso a medicamentos para a população mexicana. O escopo da PEMAM nacional estabelece ações concretas do setor público e do setor privado. É composto por seções principais e acessórias. As principais seções são brevemente descritas abaixo:

1. **Quadro institucional** [grifo nosso]: esta seção incorpora a lei, que está relacionada com o Plano de Desenvolvimento Nacional 2007-2012 e do Programa Nacional de Saúde 2007-2012, que, como um todo, deu origem a PEMAM;

2. **Diagnóstico de saúde** [grifo nosso]: esta seção apresenta três aspectos relacionados com a questão do acesso a medicamentos no México: problemas, avanços e desafios 2000-2012;

3. **Organização do programa** [grifo nosso]: esta é a seção PEMAM substantiva e inclui a missão, visão, objetivos, estratégias, linhas de ação, metas anuais e indicadores.

(MEXICO, 2011, p.13).

Até agora, a QCBM continua a ser o instrumento para classificar os medicamentos, estabelecer critérios de terapêutica e de custo-eficácia. Desde 2005, o MSSE identificou os principais problemas que afetam o desempenho dos serviços na cadeia de fornecimento de medicamentos. Vários estudos documentaram que não foram alcançados a cobertura universal da oferta de medicamentos. Diante desse quadro, o MSSE executou um conjunto de medidas para diminuir preços, garantir que as informações sobre a aquisição fossem transparentes, estimular compras, melhorar o armazenamento e os processos de distribuição, gerência de estoque e melhorar o uso racional de medicamentos. Um problema adicional é a falta de normas e procedimentos para a formação de pessoal instruído para desenvolver as atividades de suprimento, desde o recebimento dos produtos até a entrega ao usuário, o que causa transtornos administrativos e problemas na identificação das fontes de financiamento (COSME *et al*, 2011).

5. OBJETIVOS

Descrever as estratégias de governo que o Brasil, Cuba e o México adotaram para a garantia de acesso a medicamentos essenciais e se elas se relacionam com a proposta de execução do Objetivo 8.E das Metas de Desenvolvimento do Milênio por meio da cooperação internacional.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os sistemas de saúde do Brasil, Cuba e México e sua estratégias de acesso a medicamentos;

Tendo em vista o delineamento de estudo de caso em três países na ALC, o trabalho tomou como base as recomendações abaixo, definidas como as que devem ser atendidas pelos governos de cada país, e que são propostas no relatório *Gap Task Force* de 2008 (UN, 2008):

- Eliminação de encargos tributários sobre os medicamentos essenciais;
- Atualização da lista de medicamentos essenciais para cada país;
- Adoção da prescrição de medicamentos genéricos;
- Iniciativas tomadas pelos governos que encorajaram a indústria farmacêutica a estabelecer preços equivalentes à realidade dos países desenvolvidos sobre medicamentos que não são encontrados sob versão genérica.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse estudo caracterizou-se como um estudo de caso do tipo descritivo (não experimental) e exploratório baseado na análise de documentos, de edições científicas relativas ao Objetivo 8.E e análise de seu cumprimento no Brasil, em Cuba e no México.

O Relatório *Gap Task Force* de 2008 propôs recomendações adicionais para compreender o progresso do Objetivo 8.E, visto que a análise do cumprimento por meio do uso de seu indicador (Indicador 8.13 “*Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis de forma sustentável*”), apresenta fragilidades de acompanhamento do cumprimento do Objetivo 8.E. Esse relatório e as recomendações contidas nele foram as bases para análise do progresso do Objetivo 8.E nos três países estudados.

Salienta-se novamente que esse estudo não analisou as recomendações propostas no Relatório *Gap Task Force* de 2008 direcionadas para a indústria farmacêutica, visto que são empresas de capital fechado, não possuem obrigação legal de publicarem relatórios financeiros, projetos próprios de responsabilidade social e não têm compromisso formal de desencadear o processo de garantia do acesso.

É importante ressaltar que um estudo de caso em três países de uma única região apresenta limitações, e em função dos recortes necessários para elaboração de uma dissertação de mestrado, conferindo ao trabalho a feição de iniciativa da compreensão do estágio de implantação regional de uma política de cooperação para o desenvolvimento estabelecida num plano global, como a proposta pela Declaração do Milênio.

¹⁶ Lista de indicadores das Metas de Desenvolvimento do Milênio disponível no Anexo 1

6.1 OBTENÇÃO DE DADOS

A escolha dos principais banco de dados para obtenção de edições científicas especialistas foi feita por meio do Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que tem como missão promover o fortalecimento dos programas de pós-graduação no Brasil por meio da democratização do acesso *online* à informação científica. A biblioteca virtual conta com um acervo de mais de 35 mil títulos com texto completo, 130 bases referenciais, 11 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual. Ela permite o acesso a publicações encontradas na *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), que também possui relevância internacional científica.

Desse modo, a identificação dos assuntos propostos realizou-se por meio de levantamentos bibliográficos utilizando-se principalmente dos bancos de dados e de palavras chave apresentados na Tabela 1.

Tabela 3 Banco de dados e Palavras Chave

Banco de dados	Palavras Chave
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS) ❖ FIOCRUZ ❖ <i>Scientific Eletronic Library Online</i> (SciELO) ❖ <i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i> (PUBMED) 	<p> acesso a medicamentos america latina e caribe assistencia farmaceutica <i>compliance</i> <i>convergence</i> cooperacao desenvolvimento <i>essential medicines</i> goal 8 <i>international cooperation</i> medicamentos essenciais metas do milenio <i>millennium development goals</i> objetivo 8.E organizacoes internacionais <i>pharmaceutical services</i> <i>sistema de salud de brasil</i> <i>sistema de salud de cuba</i> <i>sistema de salud de mexico</i> sistemas de saude <i>target 8.E</i> </p>

Para a obtenção dos Relatórios de acompanhamento das Metas do Milênio foram acessados os portais eletrônicos da Organização das Nações Unidas, em que foram divulgados no período de 2000 a 2012. Para a obtenção dos documentos oficiais dos governos do Brasil, Cuba e México, e outros, consultou-se as páginas eletrônicas da Tabela 2.

Tabela 4 Coleta de material em portais eletrônicos oficiais

	Portal
Banco Interamericano para o Desenvolvimento	http://www.iadb.org/
Corte Internacional de Justiça	http://www.icj-cij.org/homepage/index.php?lang=en
Lista de Medicamentos Essenciais (OMS)	http://www.who.int/medicines/publications/
Ministério da Saúde do Brasil	http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome do Brasil	http://www.mds.gov.br/
OCDE	http://stats.oecd.org/Index.aspx
Organização Mundial do Comércio	http://www.wto.org/
Portal das Nações Unidas para o Desenvolvimento	http://www.un.org/en/development/index.shtml
Portal oficial das Metas do Milênio	http://www.un.org/millenniumgoals/
Presidência da República do Brasil	http://www.casacivil.gov.br/
Rede de Saúde de Cuba	http://www.sld.cu/
Secretaria de Saúde do México	http://salud.edomex.gob.mx/
World Intellectual Property Organization	http://www.wipo.int/portal/index.html.en

6.2 DADOS UTILIZADOS

O material de estudo foi composto de fontes secundárias (documentos oficiais, livros e edições especializadas nas áreas respectivas, portais eletrônicos oficiais dos Ministérios da Saúde, ou equivalentes dos três países, ONU, OMS, Banco Mundial, instituições e jornais), de modo a recolher dados que auxiliassem a análise do Objetivo 8.E e que pudessem ser relevantes sobre a questão do acesso a medicamentos essenciais na América Latina e Caribe, na perspectiva das Metas do Milênio.

Para coleta de edições científicas especializadas, foi realizada por meio do Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

A coleta dos dados foi feita por meio do *software PDF Connoisseur v.2.2™* (www.kdanmobile.com) disponível para uso em tablet Ipad 2® da Apple Incorporated.

O Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS), forneceu a obtenção de uma tese e uma dissertação pertinentes ao assunto.

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da FIOCRUZ, forneceu a obtenção de uma tese pertinente ao assunto

O material específico foi composto por:

- Análise de documentos oficiais, dos Ministérios da Saúde ou Desenvolvimento Social dos países selecionados, leis, ementas, resoluções relacionadas com programas de acesso a medicamentos essenciais.
- Artigos de revisão de literatura;
- Relatórios da ONU sobre as Metas do Milênio;
- Relatórios do *MGD Gap Task Force*;

Tabela 5 Levantamento Bibliográfico

6.3 PROPOSTA ANALÍTICA

Como delineamento de pesquisa, o estudo de caso indica princípios e regras a serem observados ao longo de todo o processo de investigação. Os estudos de caso envolvem etapas de formulação e delimitação do problema, da seleção da amostra, da determinação dos procedimentos para coleta e análise de dados, bem como dos modelos para sua interpretação.

Os modelos de estudo de caso servem a muitos propósitos de pesquisa. São úteis para proporcionar uma visão mais clara acerca de fenômenos pouco conhecidos. São adequados para formulação de hipóteses de pesquisa. Contribuem para a descrição de grupos, organizações e comunidades. Também podem ser utilizados para fornecer explicações acerca de fatos e fenômenos sob enfoque sistêmico. O que significa que os estudos de caso podem servir tanto para propósitos exploratórios quanto descritivos e explicativos (GIL, 2009).

Os estudos de caso têm sido utilizados com propósitos exploratórios. De fato, são adequados para ampliar o conhecimento do pesquisador acerca de fenômenos pouco conhecidos. Também podem ser desenvolvidos com o propósito de formulação de problemas para uma investigação mais criteriosa, bem como para formulação de hipóteses o que caracteriza esses estudos é o fato de não serem definitivos, já que visam subsidiar a realização de pesquisas futuras.

Segundo GOODE e HATT, 1960, P, 432:

Identificar o estudo de caso como um técnica particular de obter dados, é um modo de organizar os dados em termos de uma determinada unidade escolhida como a história de vida de um indivíduo, a história de um grupo, ou um processo social determinado.

Para Creswell, (1994) o pesquisador explora uma simples unidade ou fenômeno limitado pelo tempo e atividade (um programa, evento, processo, instituição ou grupo social) e coleta detalhada informação utilizando uma variedade de procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo definido.

Para YIN (2005), a utilização de estudos de caso é crescente em vários campos da saúde, como Nutrição, Enfermagem e Saúde Pública. O autor caracteriza que um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Foi traçado um estudo de caso para descrição e exploração dos relatórios das Metas de Desenvolvimento do Milênio e os relatórios *Gap Task Force*, específicos para a oitava Meta. A análise primeiramente constituiu-se pelo acompanhamento do progresso do Objetivo 8.E de acordo com os relatórios da ONU. Depois da revisão de literatura dos sistemas de saúde do Brasil, de Cuba e do México e respectiva assistência farmacêutica.

A escolha de três países, para elaboração do estudo, foi feita considerando-se o total de países da região, as diferentes realidades locoregionais e o tempo disponível para a elaboração de uma dissertação de Mestrado. Tomou-se por base no estudo de IÑESTA e OTEA (2011), que analisou a estrutura industrial farmacêutica e a da possível produção de medicamentos similares por meio do uso de documentos oficiais e informações obtidas pela indústria farmacêutica desses países. O autor destacou que Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba e México foram os países que apresentaram maior acessibilidade informações quanto às questões propostas.

A análise do estudo de caso ainda considerou subsídios da revisão de literatura em assuntos relacionados ao tema como a OMC, cooperação internacional e o acesso a medicamentos.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram utilizados artigos científicos e documentos oficiais que se encontram sob acesso público entre o período de 2000 a 2012. A pesquisa, de acordo com Resolução CNS 196/96, não tem necessidade de ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

The explosive growth of slums in recent decades, especially in Third World megalopolises from Mexico City and other Latin American capitals through Africa (Lagos, Chad) to India, China, the Philippines, and Indonesia, is perhaps the crucial geopolitical event of our times. The case of Lagos, the biggest node in the shantytown corridor of million people that stretches from Abidjan to Ibadan, is illustrative here: according to the official sources themselves, about two-thirds of the total Lagos State landmass of square kilometers could be classified as shantytowns or slums; no one even knows the size of its population—officially it is million, but most experts estimate it at million. Since, sometime very soon (or maybe, given the imprecision of Third World censuses, it has already happened), the urban population of the earth will outnumber the rural population, and since slum-dwellers will make up the majority of the urban population, we are by no means dealing with a marginal phenomenon. We are thus witnessing the rapid growth of a population outside state control, living in conditions half outside the law, in dire need of minimal forms of self-organization. Although this population is composed of marginalized laborers, redundant civil servants, and ex-peasants, they are not simply a redundant surplus: they are incorporated into the global economy in numerous ways, many of them as informal wage-workers or self-employed entrepreneurs, with no adequate health or social security cover. (The main reason for their rise is the inclusion of Third World countries in the global economy, with cheap food imports from First World countries ruining local agriculture.) They are the true “symptom” of slogans like “Development,” “Modernization,” and “World Market”: not an unfortunate accident, but a necessary product of the innermost logic of global capitalism.

Slavoj Žižek, *The parallax view* 2006, P. 268.

7. TEMAS ABORDADOS COM ENFOQUE NOS RELATÓRIOS DAS METAS DO MILÊNIO E NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

7.1 OS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO DAS METAS DO MILÊNIO

Por meio da análise documental dos Relatórios da ONU observou-se que eles descrevem a multiplicidade e complexidade dos fatores para se obterem as MDM até o ano de 2015, a carência de estudos científicos para a análise consistente de dados é também, repetidas vezes, mencionada nos relatórios, aspecto que também foi observado ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

O acompanhamento do progresso das Metas do Milênio passou por duas etapas durante os anos 2000 a 2007. Inicialmente o acompanhamento do progresso das Metas foi feito por meio do relatório anual ONU. A estratégia inicial resumiu-se em estabelecer indicadores e acompanhá-los nos primeiros quatro anos de execução.

Em 2004, os relatórios gerais de acompanhamento das Metas do Milênio ganham edições capituladas para cada Meta e mantêm-se nesse estilo até 2012.

Em 2008, inicia-se a publicação dos relatórios de acompanhamento da Oitava Meta. Nomeados de *Gap Task Force* os relatórios passam a apresentar a análise anual do progresso da referida Meta e dos seus Objetivos. O posicionamento da ONU em relação ao utilização de relatórios específicos para essa Meta justifica-se por ser a única na qual a responsabilidade e suporte aos países em desenvolvimento signatários da Declaração do Milênio receberiam suporte financeiro e instrumentos de prestação de contas específicos. Facilitando assim o acompanhamento do progresso do compromisso estabelecido.

Os relatórios pertinentes a essa pesquisa são assim descritos:

Tabela 6 Declarações e Relatórios gerais e da ONU referentes ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Ano	Relatório
2000	Declaração do Milênio
2001	Roteiro para a implementação da Declaração do Milênio das Nações Unidas
2002	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas
2003	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas
2004	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas
2005	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2006	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2007	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2008	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2009	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2010	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2011	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2012	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio

Enfoque especial para o acompanhamento e financiamento da Meta 8, ocorre em 2007 com a criação do *Gap Task Force*. Passam a ser elaborados relatórios específicos para avaliação do progresso da Oitava Meta. Dessa forma, de 2008 até 2012 encontram-se como temática principal de cada relatório:

Tabela 7 Relatórios Gap Task Force 2008-2012

Ano	Relatório <i>Gap Task Force</i>
2008	Criando uma parceria global para obtenção das Metas de Desenvolvimento do Milênio
2009	Fortalecendo uma parceria global para o desenvolvimento em um período de crise
2010	Parceria global para o desenvolvimento em uma conjuntura crítica
2011	Parceria global para o desenvolvimento: hora de fortalecê-la
2012	A parceria global para o desenvolvimento: tornando a retórica em realidade

Os resultados a seguir, apresentaram que durante o período de 2000 a 2012 o Objetivo 8.E foi descrito no relatório *Gap Task Force* de 2008 e 2009, no quais foram realizadas as recomendações que constituem parte dos objetivos desse estudo para os três países estudados.

O Objetivo 8.E é mencionado nos relatórios por meio de uma breve apresentação do significado do seu propósito e seu indicador. A ONU faz constante uso de reafirmações das propostas anteriores e recomendações gerais durante os anos seguintes. Contudo, pouca análise foi descrita com respeito ao progresso do Objetivo 8.E e nenhuma análise específica foi encontrada para o Brasil, Cuba e o México.

7.1.1 Das referências ao Objetivo 8.E nos relatórios de acompanhamento geral das Metas do Milênio da ONU

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2000	Declaração do Milênio (UN, P. 05, 2000)	Incentivar a indústria farmacêutica para fabricar medicamentos essenciais de forma ampla, mais acessível e para todos os que precisam deles em países em desenvolvimento.	<i>To encourage the pharmaceutical industry to make essential drugs more widely available and affordable by all who need them in developing countries.</i>
2001	Roteiro para a implementação da Declaração do Milênio das Nações Unidas. (UN, P. 24, 2001a)	Na sessão especial, a Assembléia Geral saudou os esforços nacionais para promover a inovação e o desenvolvimento de indústrias nacionais, o que irá aumentar o acesso a medicamentos para todos. A Assembléia Geral destacou a necessidade de avaliar o impacto dos acordos comerciais internacionais na fabricação local de medicamentos essenciais, o desenvolvimento de novos medicamentos e o acesso.	<i>At the special session, the General Assembly welcomed national efforts to promote innovation and develop domestic industries, which will increase access to medicines for all. the General Assembly stressed the need to evaluate the impact of international trade agreements on local manufacturing of essential drugs, the development of new drugs and obtaining access to them</i>

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2002	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas. (UN, P. 10, 2002)	A obtenção das oito Metas de Desenvolvimento do Milênio envolverá encontrar novas formas baseadas em novas ciências e tecnologia para encontrar novas maneiras - com base na nova ciência e tecnologia - para enfrentar as condições específicas que enfrentam os países menos-menos desenvolvidos. Países ricos e pobres devem trabalhar juntos para encontrar novas soluções para os problemas da saúde, da nutrição e do ambiente que mantêm centenas de milhões de pessoas em situação de pobreza. Em alguns casos, isso significa usar as tecnologias existentes de forma mais eficaz - assegurar, por exemplo, que os sistemas de saúde dos países mais pobres recebam os medicamentos necessários para combater a AIDS, a malária, a tuberculose e outras doenças.	<i>Meeting the eight Millenium development goal will involve finding new ways based on new science and technology to finding new ways to address the specific conditions facing the poorest of the poor. Rich and poor countries must work together to find new solutions to the health, nutritional and environmental problems that keep so many hundreds of millions locked in the poverty trap. In some cases, this will mean using existing technologies more effectively — ensuring, for instance, that the health systems of the poorest countries receive the life-saving drugs needed to fight AIDS, malaria, tuberculosis and other killers.</i>

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2003	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (UN, P. 12, 2003.)	<p>O compromisso de cumprimento da Meta 8 aconteceu em novembro de 2001 com os acordos na reunião ministerial da Organização Mundial do Comércio (OMC) em Doha, que colocou as necessidades e interesses dos países em desenvolvimento no centro das negociações comerciais da OMC. Houve algum progresso em questões críticas, tais como o acesso a medicamentos e da agricultura no período de preparação para o Encontro Ministerial da OMC em Cancún, no México, em setembro de 2003. Foi criado um acordo para elaboração de um mecanismo para que os países em desenvolvimento que não podem produzir medicamentos genéricos, tivessem o direito de importá-los de países que podem. Precisamos agora garantir que os países em desenvolvimento recebam o apoio que necessitam para fazer uso dos mecanismos que foram acordados, de modo que os fármacos possam chegar a milhões de pessoas que estão sofrendo e morrendo.</p>	<p><i>Fulfilment of Goal 8 came in November 2001 with the agreements at the Ministerial Meeting of the World Trade Organization (WTO) in Doha, which placed the needs and interests of the developing countries at the heart of the WTO trade negotiations. There has been some progress on critical issues such as access to medicines and agriculture in the run-up to the WTO Ministerial Meeting in Cancún, Mexico, in September 2003. Agreement has been reached on a mechanism to give developing countries that cannot produce cheap, generic drugs the right to import them from countries that can. We must now ensure that the developing countries are given the support they need to make use of the mechanisms that have been agreed upon, so that the drugs can reach the millions who are suffering and dying.</i></p>

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2004	Relatório de implementação das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (UN, P. 51, 2004)	Em cooperação com a indústria farmacêutica proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em desenvolvimento. Indicador 46: População com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis numa base sustentável. Não há novos dados mundiais ou regionais estão disponíveis [grifo nosso]	<i>In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable, essential drugs in developing countries Indicator 46 Population with access to affordable essential drugs on a sustainable basis. No new global or regional data are available.</i>

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2005	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, P, 40, 2005c)	Os medicamentos essenciais podem salvar vidas e melhorar a saúde, sob a condição de que eles estejam à preços acessíveis e de boa qualidade. O progresso continua a ser feito para aumentar a disponibilidade de medicamentos essenciais para as regiões em desenvolvimento, como resultado de esforços dos governos nacionais, doadores, setor privado e outros. Em 2001, a Organização Mundial do Comércio decidiu que os TRIPS, acordo que, entre outras coisas, protege as patentes de medicamentos, deve ser interpretado de modo a apoiar os direitos dos países para salvaguardar a saúde pública e promover o acesso a medicamentos para todos. Isto foi orientado por uma decisão do Conselho Geral da Organização Mundial do Comércio acordada em 2003, para aliviar as restrições à importação de medicamentos genéricos para países mais pobres para o tratamento de doenças.	Essential drugs can save lives and improve health, but only if they are accessible, affordable and of good quality. Progress continues to be made in increasing the availability of essential drugs to developing regions, as a result of efforts by national Governments, donors, the private sector and others. In 2001, the World Trade Organization ruled that the TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights) Agreement, which, among other things, protects patents on drugs, should be interpreted so as to support countries' rights to safeguard public health and promote access to medicines for all. This was followed by a decision of the General Council of the World Trade Organization taken in 2003 to ease restrictions on the importation of generic drugs by the poorest countries for the treatment diseases.

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2006	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio(UN, P.54, 2006a)	<p>O acesso a medicamentos essenciais, especialmente aqueles para o tratamento de HIV, tem se expandido no mundo em desenvolvimento. Entre 2001 e 2000, o número de pessoas em tratamento de terapia anti-retroviral em países de baixa e média renda quintuplicou, de 200 mil para 1 milhão. O aumento foi maior na África Subsaariana: de 100.000 no final de 2000 para 810 mil, dois anos mais tarde. Os preços dos medicamentos anti-retrovirais têm diminuído significativamente, os medicamentos genéricos têm se tornado mais amplamente disponíveis e os sistemas de aquisição de medicamentos melhoraram. Mas a meta estabelecida em 2000 de atingir pelo menos metade das pessoas que necessitam de terapia encontra-se fora do esperado, os medicamentos anti-retrovirais são ofertados para apenas um em cada cinco indivíduos globalmente.</p>	<p><i>Access to essential drugs, especially those for treating HIV, has expanded in the developing world. Between 2001 and 2000, the number of people on antiretroviral therapy in low- and middle-income countries increased fivefold, from 200,000 to 1 million. The scale-up was most dramatic in sub-Saharan Africa: from 100,000 at the end of 2000 to 810,000 just two years later. Prices of antiretroviral drugs have decreased significantly, generic drugs have become more widely available and drug procurement systems have improved. But the target set in 2000 of reaching at least half of those in need of therapy has been missed, and antiretroviral drugs reach only one in five globally.</i></p>

Ano	Relatório	Referência	Versão original
2007	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2007a).		Inexistente
2008	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2008a).		Inexistente
2009	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2009a)		Inexistente
2010	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2010a)		Inexistente
2011	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2011a)		Inexistente
2012	Relatório das Metas de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2012a)		Inexistente

O indicador de acompanhamento do Objetivo 8.E foi oficialmente estabelecido no ano de 2004. Até então, a proposta de acompanhamento do cumprimento do Objetivo 8.E ainda se encontrava em esferas de pactuação interna entre a ONU e os Estados-membros devido principalmente, a carência de informações sobre a questão do acesso a medicamento essenciais, conforme declara o próprio relatório geral de acompanhamento das MDM em 2004.

Nota-se também, que apartir do ano de 2007 não existem referências ao Objetivo 8.E, devido ao início da publicação dos Relatórios *Gap Task Force* direcionados exclusivamente para a Oitava Meta.

7.1.2 Das referências ao Objetivo 8.E nos relatórios *Gap Task Force* das Metas do Milênio da ONU

Ano	Relatório	Referência	Versão Original
2008	Relatório Gap Task Force 2008 (UN, P. 41, 2008b) & (UN, P. 43, 2008b)	O acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, no entanto, ainda não é adequado. Parte da dificuldade em avaliar o progresso em direção a esse compromisso tem sido a falta de uma meta quantitativa. Os recentes esforços para desenvolver indicadores confiáveis para medir o acesso (ou seja, aqueles relacionados com a disponibilidade e preço) irão melhorar a prestação de contas em relação às ações globais para expandir o acesso sustentável a medicamentos essenciais.	<i>Access to essential medicines in developing countries, however, is not yet adequate. Part of the difficulty in assessing progress towards this commitment has been the lack of a quantitative target. Recent efforts to develop reliable indicators to measure access (namely, those related to availability and price) will improve accountability in respect of global actions to expand sustainable access to essential medicines.</i>

Ano	Relatório	Referência	Versão Original
2009	Relatório Gap Task Force 2009(UN, P. 49, 2010b)	O Relatório <i>Gap Task Force</i> de 2009 descobriu que existem grandes lacunas na disponibilidade de medicamentos nos setores público e privado e que os preços variam muito de país para país e são geralmente muito mais elevados do que os preços de referência internacionais. Esses dois fatores se combinam para tornarem os medicamentos essenciais inacessíveis. A crise econômica mundial levou dezenas de milhões de pessoas para a pobreza, aumentando proporcionalmente aqueles que não têm acesso a medicamentos. Mesmo antes da crise, a disponibilidade de medicamentos essenciais selecionados nos países em desenvolvimento foi baixa (38,1% no setor público e 63,3% no setor privado).	The MDG Gap Task Force Report 2009 found that large gaps exist in the availability of medicines in both the public and private sectors and that prices vary widely across countries and are generally much higher than international reference prices. These two factors combine to render essential medicines inaccessible to many of the world's poor. The global economic crisis has plunged tens of millions more people into poverty, adding commensurately to those who do not have access to medicines. Even before the crisis, the availability of selected essential medicines in developing countries was low (38.1 per cent in the public sector and 63.3 per cent in the private sector).

Ano	Relatório	Referência	Versão Original
2010	Relatório Gap Task Force 2010 (UN, P. 57, 2010b) & (UN, P.62, 2010b)	<p>Melhorar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis é fundamental para a obtenção das Metas de Desenvolvimento do Milênio, particularmente as MDM 4, 5 e 6. Desde que MDM Gap Task Force começou a monitorar a situação em 2007, não houve quaisquer melhorias, em média, no acesso a medicamentos essenciais no desenvolvimento e economias em transição.[Grifo nosso]. Em muitos países, a disponibilidade continua a ser insuficiente e os preços são elevados, tornando os medicamentos inacessíveis para grande parte das populações dos países em desenvolvimento. O impacto da crise econômica global sobre acesso a medicamentos essenciais tem sido desigual. Embora os gastos farmacêuticos não caíram globalmente, eles diminuíram em vários países, em particular, nos países bálticos. Além disso, os programas nacionais e internacionais para o tratamento e mitigação do HIV / AIDS foram diretamente afetados pela redução de orçamento. (...) Além dos esforços nacionais, devem ser tomadas outras medidas internacionais para melhorar a disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais, tais como a criação de <i>pools</i> de patentes</p>	<p>Improving access to affordable essential medicines is critical for the achievement of the Millennium Development Goals, particularly MDGs 4, 5, and 6. Since the MDG Gap Task Force began monitoring the situation in 2007, there have not been any clear improvements on average in access to essential medicines in developing and transition economies. In many countries, availability remains grossly inadequate and prices are high, making medicines unaffordable to large section of the populations of developing countries. The impact of the global economic crisis on access to essential medicines has been uneven. Although pharmaceutical expenditures have not fallen globally, they have decreased in several countries, in particular, the Baltic States. In addition, national and international programmes for the treatment and mitigation of HIV/AIDS have been directly affected in the form of less funding.</p> <p>(...) In addition to national efforts, further international actions should be taken to improve the availability and</p>

internacionais. Os países com capacidade de fabricação devem facilitar a exportação de medicamentos genéricos para países, em linha com as flexibilidades previstas no Acordo TRIPS, e, sempre que possível, a troca de transferência de tecnologia entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento para a produção de medicamentos essenciais. Os governos dos países de baixa e média renda devem reformar a legislação nacional de propriedade intelectual para permitir flexibilidades do TRIPS e facilitar o acesso a medicamentos para todos. O setor público, em colaboração com o setor privado, devem se esforçar para disponibilizar medicamentos essenciais a preços acessíveis e intensificar os esforços para melhorar a cobertura de seguro de saúde. **Os governos, em colaboração com o setor privado, devem dar maior prioridade ao tratamento de doenças crônicas e melhorar a acessibilidade dos medicamentos para tratá-las.**[grifo nosso]

affordability of essential medicines, such as the establishment of international patent pools. Countries with manufacturing capacity should facilitate both the exporting of generic medicines to countries in need, in line with flexibilities contained in the TRIPS Agreement, and, where possible, the exchange of technology transfer between developed and developing countries for the production of essential medicines. Governments of low- and middle-income countries should reform national intellectual property legislation to enable TRIPS flexibilities and facilitate access to medicines for all. The public sector, in collaboration with the private sector, should strive to make essential medicines available at affordable prices and step up efforts to improve health insurance coverage. Governments, in collaboration with the private sector, should give greater priority to treating chronic diseases and improving the accessibility of medicines to treat them.

Ano	Relatório	Referência	Versão Original
	<i>Gap Task Force 2011:</i>		
2011	Parceria global para o desenvolvimento: hora de fortalecê-la (UN-2011b)	Inexistente	
	<i>Gap Task Force 2012:</i> A parceria global para o desenvolvimento: tornando a retórica em realidade (UN-2012b)		
2012		Inexistente	

Além das propostas mencionadas no capítulo 3, que estabelecem recomendações em nível local e global para melhoria do acesso a medicamentos, o constante reforço da ONU em garantir uma comunicação entre os governos e a indústria farmacêutica apresenta-se de forma inespecífica. Esse reforço é pautado na premissa constante de ausência de dados, porém revela a clara dificuldade da ONU para estabelecer e cobrar dos Estados-membros o cumprimento das referidas recomendações.

Quando trata-se das indústrias farmacêuticas a ONU mantém uma postura ainda mais vaga. O questionamento sobre as responsabilidades da mesma ainda permanecem até o ano de 2012. Por outro lado, observa-se nesses doze anos o crescimento da indústria farmacêutica, mesmo em um período de crise econômica global e pouco uso das flexibilidades estabelecidas no acordo TRIPS da OMC.

7.2 OBJETIVO 8.E E O CASO DO BRASIL

O caso do Brasil estabelece ausência de relação entre a cooperação internacional e as estratégias nacionais de garantia de acesso a medicamentos. Conforme apresenta tabela abaixo as recomendações da ONU, já encontravam-se em execução e não foram utilizadas como instrumento para o fortalecimento da garantia do acesso.

Tabela 8 Objetivo 8.E e o caso do Brasil

Gap Task Force 2008	Brasil
Eliminação de encargos tributários sobre os medicamentos essenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Política de distribuição gratuita de medicamentos essenciais por meio do SUS; - Implantação do Programa Farmácia Popular (2004).
Atualização da lista de medicamentos essenciais para cada país	<ul style="list-style-type: none"> - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais implantada em 1964; - RENAME é atualizada a cada dois anos, última atualização em 2012, composta por 810 itens.
Adoção da prescrição de medicamentos genéricos	<ul style="list-style-type: none"> - Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/1990).
Estabelecer preços equivalentes à realidade dos países desenvolvidos sobre medicamentos que não são encontrados na forma genérica	<ul style="list-style-type: none"> - Casos isolados encontrados na literatura científica principalmente na discussão da judicialização da saúde, sendo o caso de maior relevância a negociação entre o governo a Abbot, Merck e Roche para diminuição dos valores de antirretrovirais em 2001.

Dos países estudados, o Brasil foi o único que obteve êxito, no caso particular da redução de preços de medicamentos patenteados. Beneficiando largamente seu programa de prevenção e combate ao HIV/AIDS.

7.3 OBJETIVO 8.E E O CASO DE CUBA

Tabela 9 Objetivo 8.E e o caso de Cuba

Gap Task Force 2008	Cuba
Eliminação de encargos tributários sobre os medicamentos essenciais	- Embargo Estadunidense imposto à Cuba desde 1962 aumenta o preço de medicamentos nos países. O embargo não declara diretamente a relação com medicamentos, porém os valores das taxas alfadegárias podem ser 50% a 400% superiores para importação. Causando aumento em 30% no valor dos medicamentos
Atualização da lista de medicamentos essenciais para cada país	- Diretriz baseada na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, utilizada desde 1977 e suas revisões posteriores.
Adoção da prescrição de medicamentos genéricos	- Ausência de indústria farmacêutica nacional suficientemente capaz de produzir e distribuir medicamentos genéricos
Estabelecer preços equivalentes à realidade dos países desenvolvidos sobre medicamentos que não são encontrados na forma genérica	- Embargo internacional estadunidense impossibilita tal tentativa

Cuba destaca-se como modelo importante de análise das estratégias de saúde e os impasses internacionais de comércio estabelecidos pelo embargo estadunidense. Mesmo atendendo e atualizando sua lista de acordo com as premissas da OMS, Cuba enfrenta desafios para o cumprimento das recomendações do relatório *Gap Task Force* de 2008, visto que não possui uma indústria farmacêutica nacional, que poderia fabricar medicamentos genéricos e fazer uso das flexibilidades do acordo TRIPS da OMC. Mesmo assim, os indicadores de saúde de Cuba ainda encontram-se como um dos melhores da ALC.

7.4 OBJETIVO 8.E E O CASO DO MÉXICO

Tabela 10 Objetivo 8.E e o caso do México

Gap Task Force 2008	México
Eliminação de encargos tributários sobre os medicamentos essenciais	- Utilização de medicamentos genéricos, realizados por meio de licitações para compras de medicamentos para o setor público. No setor privado os valores dos medicamentos seguem valores de mercado liberal.
Atualização da lista de medicamentos essenciais para cada país	- Projeto de criação de uma Lista Nacional de Medicamentos Essenciais desde 1950; - Última revisão em 2008; - Acordo presidencial de 09 de Abril de 1975, uso compulsório da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais. artigo VIII, secção 27 da Lei Geral de Saúde (LGS).
Adoção da prescrição de medicamentos genéricos	- Utilização de medicamentos genéricos recomendada pelo IMSS.
Estabelecer preços equivalentes à realidade dos países desenvolvidos sobre medicamentos que não são encontrados na forma genérica	- Utilização de medicamentos genéricos, realizados por meio de licitações para compras de medicamentos para o setor público. No setor privado os valores dos medicamentos seguem a lógica do mercado.

A complexidade do sistema de saúde mexicano e sua recente tentativa de transição para um sistema público nacional de saúde enfrenta a política mexicana de alinhamento com os EUA. O crescimento das desigualdades sociais e o atual modelo liberal presente no país não apresentam resultados satisfatórios para a melhoria do sistema de saúde mexicano.

One should generalize from this statement: although we always recognized the urgency of the problems, when we were fighting AIDS, hunger, water shortages, global warming, and so on, there always seemed to be time to reflect, to postpone decisions (recall how the main conclusion of the last meeting of world leaders in Bali, hailed as a success, was that they would meet again in two years to continue their talks . . .). But with the financial meltdown, the urgency to act was unconditional; sums of an unimaginable magnitude of money had to be found immediately. Saving endangered species, saving the planet from global warming, saving AIDS patients and those dying for lack of funds for expensive treatments, saving the starving children ... all this can wait a little bit. The call to "save the banks!" by contrast, is an unconditional imperative which must be met with immediate action.

Slavoj Žižek, *First as tragedy, then as farce*. P. 80, 2009.

7.5 A ASSISTÊNCIA OFICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO

Orgãos da ONU, como a Organização para Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), que realizam edições anuais sobre o acompanhamento da Assistência Oficial para o Desenvolvimento por país e área específica de financiamento, não descrevem detalhadamente a alocação de recursos para programas específicos, como os mencionados nas Metas do Milênio. A dificuldade de correlação direta, quanto à responsabilidade primária dos países desenvolvidos membros do CAD, de cumprimento de sua doação de 0.7% do PIB para o cumprimento das Metas, em especial a Oitava Meta, torna-se de difícil compreensão e posterior descrição, visto que após o envio dos recursos para os países membros a própria Organização enfrenta dificuldades para o acompanhamento detalhado da alocação recursos.

Pela perspectiva dos países em desenvolvimento, a combinação da instabilidade do mercado e as assimetrias básicas na ordem internacional apontam que o atual sistema sofre uma forte ameaça da volatilidade dos mercados financeiros. A assimetria entre a rápida globalização de alguns mercados e a ausência de uma agenda social internacional são alguns dos resultados dessa globalização. O declínio da AOD é um exemplo de um descompromisso com uma agenda sócio-internacional.

As tabelas apresentadas, obtidas por meio do portal eletrônico da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), apresentam o panorama da direção dos recursos para os três países estudados, com os valores em USD brutos das doações realizadas por meio dos membros do CAD e demais doadores (outros).

Tabela 11 Assistência Oficial para o Desenvolvimento por Estado-membro (2007-2011)

Quantia	Valores em milhões de USD (Dólar americano)				
Investimento	Valores brutos				
Tipo de assistência	I. ASSISTÊNCIA OFICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO				
Ano	2007	2008	2009	2010	2011
Doador					
Estados Unidos	22.690	27.414	29.659	31.159	31.992
Alemanha	13.686	15.961	13.342	14.386	15.922
Japão	13.584	17.475	16.440	18.828	19.765
Reino Unido	11.626	11.977	11.490	13.401	13.913
França	11.498	12.540	14.113	14.375	14.443
Holanda	6.619	7.282	6.585	6.468	6.545
Espanha	5.441	7.477	6.984	6.316	4.299
Suécia	4.338	4.734	4.552	4.541	5.606
Itália	4.290	5.096	3.475	3.179	4.541
Canadá	4.119	4.833	4.041	5.252	5.337
Noruega	3.734	4.005	4.081	4.579	4.935
Austrália	2.668	2.954	2.761	3.826	4.798
Dinamarca	2.665	2.866	2.845	2.976	3.013
Bélgica	2.030	2.494	2.688	3.051	2.839
Austria	1.836	1.763	1.154	1.214	1.111
Suiça	1.696	2.049	2.320	2.315	3.113
Irlanda	1.192	1.327	10.578	895	904
Finlândia	981	1.167	12.901	1.333	1.408
Coreia	731	841	850	1.206	1.368
Grécia	500	703	607	507	3.307
Portugal	476	627	548	684	706
Luxemburgo	375	414	4.147	402	413
Nova Zelândia	319	347	309	342	429
Total	72.446	119.153	84.824	12.2674	104.564
<u>Instituições da UE</u>	11742	13197	13445	12821	12764
Países não membros do CAD, Total	6954	9853	7300	7855	2092

Tabela 12 Assistência Oficial para o Desenvolvimento por instituições

Beneficiário		Países em desenvolvimento, Total			
Investimento		<u>Assistência Oficial para o Desenvolvimento</u>			
Quantia		Valores em milhões de USD (Dólar americano)			
Ano		2007	2008	2009	2010
Doadores					
Todos os doadores, Total		129.308	155.458	160.143	163.647
	Multilateral, Total	38.530	41.419	49.665	46.712
	<u>GAVI</u>	96.805	74.794	50.148	78.306
	<u>Global Fund</u>	25.098	22.328	41.675	31.275
	<u>IBRD</u>	..	..		..
	<u>UNAIDS</u>	19.305	20.892	24.301	24.572
	<u>UNDP</u>	45.989	50.443	64.259	61.303
	<u>UNICEF</u>	98.228	98.736	11.035	10.500
	<u>WHO</u>	..	..	4.367	3.662

Fonte OECD: Acessado em 06 Set 2012 05:11 UTC (GMT)

GAVI- *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (Aliança Global para vacinas e imunização);

IBRD- *International Bank for Reconstruction and Development* (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento);

UNAIDS- *United Nations AIDS* (AIDS Nações Unidas);

UNDP- *United Nations Development Program* (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD);

UNICEF- *United Nations International Children's Fund* (Fundo Internacional das Nações Unidas para Infância);

WHO- *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde).

Tabela 13 Total em USD de doações para países em desenvolvimento

<u>Dataset:Desembolso</u>								
<u>CAD AOD</u>								
Doador			Todos os doadores, Total					
Beneficiários			Países em desenvolvimento					
Tipo de ajuda			<u>Assistência Oficial Para o Desenvolvimento</u>					
Quantia			Valores em milhões de USD (Dólar americano)					
Ano			2007	2008	2009	2010		
Beneficiário								
Países em desenvolvimento, Total			108.493	127.916	126.967	131.107		
	África, Total			39.553	45.172	47.807	47.976	
	América, Total			6.986	9.287	9.021	10.718	
	América, Total	América Central e do Norte, Total		3.484	4.321	4.352	6.773	
			Cuba		928	1.274	1.150	1.291
			Mexico		1.134	1.491	1.845	4.710
		América do Sul, Total			2.942	3.754	3.773	3.187
			Brasil		321	460	336	661
	Asia, Total			36.884	44.220	38.168	36.733	
		Oriente Médio, Total		14.517	19.913	10.378	9.488	
Oceania, Total			1.308	1.533	1.560	2.018		

Fonte: OECD Acessado em 12 Set 2012 18:37 GMT

Gráfico 1 Total em USD de doações para o Brasil, Cuba e o México

Segundo o portal eletrônico da OMS o Brasil direcionou 8,9% (200 bilhões de USD) do seu Produto Interno Bruto (PIB), Cuba 10% (6 bilhões de USD) e o México 6,2% (73 bilhões) em 2011. Os relatórios da ONU e o portal eletrônico da OCDE não publicaram informações quanto aos motivos do aumento das doações para o México no ano de 2010 e se o valor de 4.7 milhões de dólares foi direcionado para o Objetivo 8.E.

A cúpula L'Aquila, na Itália em 2009, reviveu a promessa de aumentar a ajuda pública ao desenvolvimento para 0,7% do PIB de todos os países desenvolvidos, com o prazo até 2015. O objetivo, já mencionado, tinha sido definido pela Assembléia Geral das Nações Unidas na resolução 2626 em 24 de outubro de 1970. Quarenta e sete anos depois, o montante da ajuda concedida pelos 22 países mais desenvolvidos ainda é de cerca de 3,0% e não aumentou em absoluto.

¹⁷ Disponível em <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

Acesso em 30-SET-2013

Yet the 140 years between the Congress of Vienna and the beginning of bipolarity are not without significance. They offer a wealth of information and experience, a true laboratory for our contemporary uncertainties. Taken as such, this sequence in history might have led us on the path to wisdom. Something altogether different, almost the opposite , has prevailed: foreign policies today, far from drawing lessons from the past, seem to delight in reproducing recipes that had already led to disaster in the past. Instead of playing the enlightened heirs, we are the sad legatees of serious liabilities.

Bertrand Badie, *Diplomacy of connivance* , 2012, P. 12.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto estratégia global estabelecida para 189 Estados-membros, na data de assinatura das Metas do Milênio, o presente estudo de caso trata sobre a realidade dos três países e apresenta limitações e recortes necessários. Foram por essas condições apresentadas que a metodologia de estudo de caso conformou-se apropriadamente para descrição das Metas no Brasil, em Cuba e no México.

Observou-se que na esfera nacional dos três países estudados os objetivos analisados foram, em sua maioria, obtidos, porém com escasso financiamento internacional direcionado para a ALC, ou seja, os países estudados desenvolveram políticas e estratégias importantes para garantia do acesso a medicamentos independentemente do apoio internacional.

Quanto a eliminação de encargos tributários sobre os medicamentos essenciais, somente o Brasil apresentou um caso de redução dos valores para medicamentos antiretrovirais em 2001, negociação entre o governo brasileiro a Abbot, a Merck e a Roche para diminuição dos preços de antirretrovirais. O uso das flexibilidades estabelecidas no Acordo TRIPS da OMC apontam que a Organização e os países membros evitam os longos processos e carecem de tecnologia e indústrias farmacêuticas capazes de produzirem localmente medicamentos considerados essenciais.

A atualização da lista de medicamentos essenciais para o Brasil Cuba e o México ocorre a cada dois anos. A preocupação com a garantia do acesso é presente nesses países, porém a acessibilidade e políticas de longo prazo para assistência farmacêutica ainda carecem de estudos e projetos estabelecidos.

A adoção da prescrição de medicamentos genéricos no Brasil é instituída pela Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/1990) , no México a compra de medicamentos genéricos é realizada por meio de licitações as quais disponibilizam para os serviços públicos de saúde, que ainda não é universal, enquanto o uso e os valores de medicamentos no setor privado encontram-se sobre influências de mercado capital. Em Cuba, devido ao embargo americano, que apesar de diretamente não servir de obstáculo para o acesso a medicamentos, causa aumentos de 50% a

400% no preço dos medicamentos, valores acima dos estabelecidos internacionalmente além disso, Cuba carece de uma indústria nacional capaz de fabricar os medicamentos da lista o que dificulta a utilização das flexibilidades estabelecidas pelo acordo TRIPS.

Percebeu-se a complexidade e fragilidade dentro da própria estrutura do Sistema ONU, a relativa fraca influência da Organização Mundial do Comércio, e o descompromisso do Comitê para Assistência ao Desenvolvimento, que não cumpriu com o objetivo de garantir o recurso de 0.7% do PIB dos 22 países participantes desde 1960.

A teoria de que os estados seriam os únicos agentes importantes no cenário internacional para obtenção de seus interesses é fortalecida, visto que a ONU tem exercido seu papel como instrumento de interesses de governos. Assim organizações internacionais não seriam agentes independentes e poderosos. Organizações universais, tais como as Nações Unidas, encontram grandes obstáculos para obterem e cumprirem acordos em muitas questões significativas. Apesar do perceptível saldo positivo com relação ao aumento dos contatos transgovernamentais.

Existem implicações importantes sobre como as políticas nacionais dos países estudados seguem seu percurso particular e a sua relação para com a legitimização das Metas do Milênio para sustentarem-se e justificarem-se como uma estratégia global para o desenvolvimento.

Nessa perspectiva, a promulgação da Declaração do Milênio de 2000 pelo Brasil, por Cuba e pelo México, viabilizam os atores, representados pelos países estudados, passíveis de avaliação por Órgãos da ONU quanto a *accountability* e ao cumprimento de tratativas internacionais. Contabilizando as iniciativas nacionais financiadas nacionalmente, algumas anteriores a promulgação da Declaração do Milênio como resultado bem sucedido das MDM ou seja, o progresso nacional adquirido pelos sistemas de saúde de cada um dos países estudados, pode ser contabilizado como um progresso do esforço da estratégia internacional estabelecida pelas Metas do Milênio. Implicando na avaliação do impacto real das Metas.

Quanto a análise das referências do Objetivo 8.E nos Relatórios da ONU, observou-se durante o processo de pesquisa a repetição do discurso sob o caráter de recomendação para cooperação e desenvolvimento, que pode levar a crer na existência da ausência de pragmatismo e insuficiência do estabelecimento de políticas públicas internacionais.

Observa-se isso de forma mais clara, sete anos antes do final do prazo de cumprimento das MDM, no ano de 2007, quando no Relatório Geral de Acompanhamento das MDM declara que não foram observadas quaisquer melhorias no acesso a medicamentos essenciais em todos os Estados-membros.

Cada vez mais próximo do ano de 2015, data final para obtenção das Metas do Milênio, os fatos incorrem no risco de levar a iniciativa global das MDM a mais uma deslegitimação do sistema onusiano, quanto a sua incapacidade de cumprimento e cobrança dos Estados-membros em garantir o compromisso social e econômico no combate as desigualdades sociais que se agravam no início do século XXI.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHEBE Chinua. **Anthills of the Savannah**. Anchor Books, New York, 1987;
- ALMEIDA, Célia Maria de. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200004&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200004> ;
- AZEVEDO, Mercadante Araminta; JUNIOR CELLI, Umberto; ARAÚJO, Rocha Leandro. R. **Blocos Econômicos de Integração Regional na América, África e Ásia**. Ed. Juruá. Curitiba, 2011;
- BADIE, Bertrand. **Le Diplomate et l'intrus: l'entrée des société dans l'arene internationale**. Fayard, Paris, 2008;
- BADIE, Bertrand. **Diplomacy of Connivance**. Palmgrave McMillan, Washington 2012;
- BAHIA, Ligia. **A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação**. In SANTOS, N., R.; AMARANTE, P., D. C (orgs) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf> Acessado em 24 Jun 2013;
- BARCELOS, Ricardo Antônio. **O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do sistema único de saúde**. Porto Alegre, UFRGS, 2005. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7048/000494584.pdf?sequence=1> Acesso 21 Jun 2013;
- BARNETT, Michael; FINNEMORE, Martha. **The Politics, Power, and Pathologies of International Organization**. International Organization. v.53, n.04, p. 699-732, 1999. Disponível em:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2601307?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102133211343> ;

- BID-Banco Interamericano de Desarrollo. **Informe global de la corrupción: corrupción y salud.** Washington, 2006. Disponível em: http://www.transparencia.org.es/INDICES_GLOBAL_DE_LA_CORRUPCI%C3%93N/INFORME%20GLOBAL%202006/Informe_global_de_la_corrupci%C3%B3n_2006_compl_low.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- BOTCHEVA, Liliana.; MARTIN, Lisa. **Institutional effects on state behavior: convergence and divergence.** International Studies Quarterly. v. 45, p. 1-26, 2001. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3096099?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102133211343> Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Presidência da República. **Lei Nº 8.080.**Casa Civil-Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 19 de setembro de 1990(a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Presidência da República. **Lei Nº 8.142.**Casa Civil-Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 28 de dezembro de 1990(b). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos.** Brasília, 1999;
- BRASIL-Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Presidência da República. **Relatório da CPI-Medicamentos.** Câmara dos Deputados-Governo Federal. Brasília, 2000. http://www.crf-mt.org.br/arqs/materia/1362_a.pdf Acesso em 21 Jun 2013;

- BRASIL-Ministério da Saúde. **Portaria N° 1670/GM**. Brasília, ago, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1670.htm> Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Ministério da Saúde. **Resolução N° 338**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, maio, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUAS-sem%20marca.pdf> Acesso em 21 Jun 2013;
- BRASIL-Ministério da Saúde. **Portaria N° 4.217**. Brasília, dez, 2010. Disponível em: https://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_21301641262792011_Portaria_MS_4217_28_12_2010.pdf Acesso em 21 Jun 2013;
- BROWN, Theodore; CUETO, Marcos. **The World Health Organization and The World of Global Health**. Routledge Handbook in Global Public Health.v. 1, p.18-30, 2011;
- CASTRO ARMAS, Ricardo; O'FARRILL MONS, Esperanza; RICARDO DIA, Víctor. **Información de medicamentos en Cuba: realidad y perspectivas de los sistemas automatizados**. Rev Cubana Farm, Ciudad de la Habana, v. 40, n. 3, dic. 2006 . Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000300009&lng=es&nrm=iso . accedido en 24 jun. 2013;
- CDI- Comissão de Direito Internacional. **Anuário da Comissão de Direito Internacional**. Nova York, 1982. Disponível em: http://untreaty.un.org/ilc/documentation/english/a_cn4_370.pdf Acesso em 21 jun 2013;

- CDPI- Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual. **Integrando propriedade intelectual direitos e política de desenvolvimento**. Londres: Comissão Intelectual Direitos de propriedade; 2002. Disponível em: http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/Multi_Lingual_Documents/Multi_Lingual_Main_Report/DFID_Main_Report_Portuguese_RR.pdf Acesso em 21 Jun 2013 ;
- CHAVES, Gabriela Costa *et al* . **A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200002>.
- CIJ- Corte Internacional de Justiça. **Parecer consultivo**. Abril, 1949. Disponível em: <http://www.icj-cij.org/docket/files/4/1835.pdf> Acesso em 21 Jun 2013;
- CORREA, Carlos. **O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento**. Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo, v. 2, n. 3, Dec. 2005 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452005000200003&lng=en&nrm=iso . Access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452005000200003> ;
- CRESWELL, John. **Research design: qualitative and quantitative approaches**. Thousand Oaks: Sage, 1994;
- DAL PIZZOL, Tatiane da Silva *et al* . **Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400024&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400024> .

- DANTES, Otávio Gomes; SESMA, Sergio; BECERRIL, Vitor; *et al.* **Sistema de Salud de México**. Salud Pública de México. v.53; s. 02; 2011. Disponível em: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625 . Acesso em 21 jun 2013;
- DOMINGUEZ-ALONSO, Emma; ZACEA, Eduardo. **Sistema de salud de Cuba**. Salud pública Méx, Cuernavaca, 2013 . Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&lng=en&nrm=iso access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342011000800012> ;
- DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. **Sistemas de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil**. in: **Política e Gestão em Saúde Pública**. Hucitec, cap. 04, 2011;
- FRENK, Julio. **Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias**. Salud pública Méx, Cuernavaca, 2013 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700006&lng=es&nrm=iso . Accedido en 24 jun. 2013;
- GALVAO, Jane. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Feb. 2002 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000100022&lng=en&nrm=iso Acess 21 jun 2013;
- GARCIA MILIAN, Ana Julia *et al* . **Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007**. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 25, n. 4, dic. 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200900040002&lng=es&nrm=iso .Acess 21 Jun 2013;
- GARFIELD, Richard.; SANTANA, Sarah .**The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba**. American Journal of Public Health. v. 87, n.01, 1997. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380757/pdf/amjph00500-0017.pdf> . Acess 21 Jun 2013;

- GIL, Carlos Antonio. **Estudo de caso: fundamentação científica – subsídios para coleta e análise de dados- como redigir o relatório.**Atlas, São Paulo, 2009;
- GOMEZ-DANTÉZ, Octavio; LATORRE-GARRIDO, Francisco. *et al.* **Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México.** Salud pública de méxico, v. 43, n.3, 2001. Disponível em <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001626> Acesso em 21 Jun 2013;
- GONZALEZ PIER, Eduardo. Política farmacéutica saludable. Salud pública Méx, Cuernavaca, 2013 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000010&lng=es&nrm=iso . accedido en 24 jun. 2013;
- GOODE, William; HAAT Paul. **Métodos em pesquisa social.** Ed. 2, São Paulo, 1969;
- GRANADOS-COSME, José Arturo *et al* . **Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México: evaluación en los servicios a población no asegurada.** Salud pública Méx, Cuernavaca, 2013 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000009&lng=es&nrm=iso . Accedido en 24 jun. 2013 ;
- HAINES Andy; CASSELS Andrew. **Can the millennium development goals be attained?** British Medical Journal; v. 329; Aug.; 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC509351/?report=reader> . Acesso em 21 jun 2013;
- HERRERA, Manuel M. Collazo. **La aplicación práctica de la farmacoeconomía en la utilización de los medicamentos en Cuba.** Rev. Bras. Cienc. Farm., São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2004 . Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151693322004000400011&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322004000400011>.

- HOBBSAWM, E. **The age of extremes: the short twentieth century, 1914–1991**. Vintage, New York, 1994;
- HOMEDES, Núria.; LINARES, Lopez Roberto.; UGALDE, Antonio. **Generic Drug Policies in Latin America**. Human Development Network. The World Bank, 2004. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/HomedesGenericDrugFinal.pdf> Acesso 21 jun 2013;
- HORGEZEIL, Hans. **Essential Medicines and Human Rights**. WHO Bulletin. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/371.pdf> . Acesso 21 Jun 2013;
- HOWARD-JONES, N. **The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938**. World Health Organization, Geneve, 1975. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/14549_eng.pdf . Acesso 21 Jun 2013;
- HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **Acesso a medicamentos como um direito humano**. Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo, v. 5, n. 8, June 2008 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006> ;
- HUNTINGTON, P. Samuel. **Transnational Organization in World Politics**. World Politics. v. xxv, 1973. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2010115?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102363421871> Acesso em 21 Jun 2013;
- IDB- Inter-American Development Bank. **The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: Progress, Priorities and IDB**

Support for Their Implementation. Washington, Aug, 2005. Disponível em:

http://www.iadb.org/document.cfm?id=1442191&pubDetail=1&wt_docType=Books&wt_docnum=1442191&wt_language=en&wt_department=SDS

Acesso 21 Jun 2013;

- INESTA, Antonio; OTEO, Luis Angel. La industria farmacéutica y la sostenibilidad de los sistemas de salud en países desarrollados y América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, June 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600010&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600010> ;
- KANAMGARATNAM K., “A Review of the Bellagio Population and Health Papers,” May 9, 1979, Folder “Health and Population,” Rockefeller Foundation Archives (hereafter RFA), Record Group (hereafter RG) A82, Series 120, Box 1776, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY (hereafter RAC). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/> acesso 21 jun 2013;
- KICKBUSCH, Ilona .**The development of international health policies-accountability intact?** *Social Science & Medicine*. v.51, p.979-89, 2000. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600000769> Acesso 21 Jun 2013;
- KICKBUSH, Ilona. **Global Health Diplomacy: how foreign policy can influence health.** *British Medical Journal*. June, 2011. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154> Acesso 21 Jun 2013;
- KNAUL, Felicia Marie.; PIER Gonzalez Eduardo.; DANTES, Gomez Dantes. *et al.* **The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico.** *The Lancet*. v. 380, August, 2012. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61068-X/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61068-X/fulltext#article_upsell) Acesso 21 Jun 2013;

- KNAUL, Felicia Marie; ARREOLA, Ornelas Hector.; MENDEZ, Oscar; *et al* **Prevalencia de gasto catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en México**. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2010. Disponível em: http://bvs.insp.mx/articulos/6/9/financiamiento_abril.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- LEVINE, R. **Case studies in Global Health: Millions Saved**. Jones and Bartlett; 2007;
- LEYVA-FLORES, Rene; ERVITI-ERICE, Joaquina; QUÍM. **Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México**. Salud pública de México. v.40, n.1, enero-febrero de 1998; Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400104.pdf> Acesso 21 Jun 2013;
- MACHADO, Márcio *et al* . **International drug price comparisons: quality assessment**. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 29, n. 1, Jan. 2011 . Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000100007&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000100007> ;
- MACHADO, Vieira Cristiane. **Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6):2686-2696, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/04.pdf> Acesso 21 Jun 2013;
- MATTOS, R. **Desenvolvendo e oferecendo idéias : um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título. CDU 061.1(100)(091)(043.2); 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=281676&indexSearch=ID> Acesso 21 Jun 2013;

- MEXICO- **Lei General de Salud**. Ciudad de Mexico, 1984. Disponível em: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> Acesso 21 jun 2013;
- MEXICO. **Mejora a acesso a medicamentos**. Ciudad de Mexico, 2006. Disponível em: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/PAE_Med_atualizado.pdf . Acessado em 21 Jun 2013;
- MEXICO-Ssa- Secretaria de Salud de Mexico. **Programa de acción específico 2007-2012 mejora del accesos a medicamentos**. Gobierno de Mexico. Jan, 2011. Disponível em: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/biblio/PAE_MedAjustadoV0.pdf Acesso 21 jun 2013;
- MOLINA-SALAZAR, Raúl E; GONZALEZ-MARIN, Eloy; CARBAJAL-DE NOVA, Carolina. **Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano**. Salud pública Méx, Cuernavaca, 2013 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000011&lng=es&nrm=iso . accedido en 24 jun. 2013;
- MONTECKIO, Becerril.; MEDINA, Guadalupe. *et al.* **Sistema de Salud de Brasil**. Salud Pública México. v.53; s. 02; 2011(a). Disponível em: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf> acesso 21 jun 2013;
- NAVARRO, Julio Cesar Acosta. **O Acordo TRIPS e suas repercussões sobre o acesso a medicamentos. O caso do HIV/AIDS no Brasil e no México: "direito de patente" vs. "direito à vida"**. 2011. Tese (Doutorado em Integração da América Latina) - Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/84/84131/tde-05112012-112116/> . Acesso em: 2013-06-24;
- NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. **Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, Apr. 2005 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[89102005000200013&lng=en&nrm=iso](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200013&lng=en&nrm=iso) access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200013> ;

- OLIVEIRA, Auxiliadora Maria; BERMUDEZ, Zepeda Antonio Jorge; CHAVES, Costa Gabriela; *et al.* **Has the implementation of the TRIPS agreement in Latin America and the Caribbean produced intellectual property legislation that favours public health.** Bulletin of the World Health Organization. v.82, n.11, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/oliveira1104abstract/en/> acesso 21 jun 2013;
- OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031> ;
- OÑATE ACOSTA, Tatiana. **Los países en desarrollo, la ronda de Doha y el acuerdo sobre los ADPIC.** Opinión Jurídica, Norteamérica, 9, jul. 2011. Disponível em: <http://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/117> Acesso 21 jun. 2013;
- OOMS Gorik.; *et al.* **Global Health: what it has been so far, what it should be, and what it could become.** Institute of tropical medicine Antwerp; v. 02; Jun.; 2011. Disponível em: <http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/wpshsop/SHSOP%20WP%202%20Ooms%20Global%20Health.pdf> Acesso 21 jun 2013;
- OPAS- Organización Panamericana de la Salud. **Los Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos.** Lima, 2007. Disponível em: <http://www.esencialesparalavida.org/upload/file/situacion%20andina%20vs%20ame%202007.pdf> acesso 21 jun 2013;

- PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009;
- PCPIP- **Paris Convention for the Protection of Industrial Property**. Covention Resolution. Paris, 1883. Disponível em: http://www.wipo.int/export/sites/www/treaties/en/ip/paris/pdf/trtdocs_wo020.pdf acesso 21 jun 2013;
- PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. **The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction**. *Medical Care*. v.20, p.127-140, 1981. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764310?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21102363421871> Acesso 21 jun 2013;
- PEREZ, Fernanda Aguilar. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06092012-114245/> . Acesso em: 2013-06-24.
- PONTES JUNIOR, Durval Martins *et al* . **A definição de medicamentos prioritários para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Sept. 2008 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900014&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900014> ;
- RADELET, Steve. **Aid Effectiveness and the Millennium Development Goals**. Center for Global Development. n.39, 2004. Disponível em: http://www.cgdev.org/sites/default/files/2750_file_cgd_wp039_rev.pdf Acesso 21 Jun 2013;

- RIOS Rebecca de los; ARÓSQUIPA Carlos.; VIGIL Oliver. **El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe.** Rev Panam Salud Publica. v.30(2); p.133–43, 2011. Disponível em : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fjournal%2Findex.php%3Fgid%3D288%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download&ei=debHUfD2D6nk0QG5vICYBg&usg=AFQjCNExW8B7n0oxF5yL1kaCkuJ3X4T2_w&bvm=bv.48293060,d.dmQ . Acesso em 21 Jun 2013;
- ROSELL MONZON, Ania. **Centro de Informacion del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiología de Cuba.** ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 13, n. 2, abr. 2005 . Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000200013&lng=es&nrm=iso . accedido en 24 jun. 2013;
- SACHS, Jeffrey. **Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals.** Bulletin of the World Health Organization. v. 82; n. 12; 2004. Disponível em: <http://www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/about/director/pubs/CMHSpeech102903.pdf> acesso 21 jun 2013;
- SANT'ANA, João Maurício Brambati *et al* . **Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 29, n. 2, Feb. 2011(a) . Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200010&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200010> ;
- SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, June 2011 . Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600034>

- SUPAKANKUNTI, S.; JANJAROEN, W.S.; TANGPHAO O. S. *et al.* **Impacto do Acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio na indústria farmacêutica, na Tailândia.** Boletim da Organização Mundial da Saúde Organização de 2001; 79:461-70;
- TORRES GUERRA, Sandra; GUTIERREZ, Juan Pablo. **Mercado farmacéutico en México: tamaño, valor y concentración.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 26, n. 1, July 2009 . Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000700007&lng=en&nrm=iso . access on 24 June 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000700007> ;
- TRATADO DE PAZ. **Tratado de Paz entre aliados e poderes associados da Alemanha e o tratado entre França e Grã- Bretanha.** Versalhes, 1919. Disponível em:
http://foundingdocs.gov.au/resources/transcripts/cth10_doc_1919.pdf acesso 21 jun 2013;
- UN-United Nations. **Charter of the United Nations.** 1945. Disponível em:
<http://www.un.org/en/documents/charter/> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **United Nations Millennium Declaration.** United Nations General Assembly; New York (NY); 2000. Disponível em:
<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration.** UN Report; New York (NY), 2001(a). Disponível em:
<http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2001.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN- United Nations. **Monterrey Consensus on financing for development.** Mexico, 2001(b); Disponível em:

<http://www.un.org/esa/ffd/monterrey/MonterreyConsensus.pdf> Acesso 21 Jun 2013;

- UN-United Nations. **Implementation of the United Nations Millennium Declaration**. UN Report; New York (NY); 2002. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2002.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Implementation of the United Nations Millennium Declaration**. UN Report; New York (NY); 2003. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2003.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Implementation of the United Nations Millennium Declaration**. UN Report; New York (NY); 2004. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2004.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals: a Latin American and Caribbean perspective**. Chile; Aug.; 2005 (a). Disponível em: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/21540/P21540.xml&xsl=/tpl-i/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt#> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Report of the Secretary-General on the work of the Organization**. UN Report; New York (NY); 2005(b). Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2005.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report**. UN Report; New York (NY); 2005 (c). Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book.pdf> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report**. UN Report; New York (NY); 2006 (a). Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Report of the Secretary-General on the work of the Organization**. UN Report; New York (NY); 2006(b). Disponível em:

<http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2006.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;

- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report.** UN Report; New York (NY); 2007 (a). Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf> Acesso 28 jun 2013;
- UN-United Nations. **Report of the Secretary-General on the work of the Organization.** UN Report; New York (NY); 2007(b). Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2007.pdf?OpenElement> Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report.** UN Report; New York (NY); 2008 (a). Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/mdg%20reports/MDG_Report_2008_ENGLISH.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Millenium development Goal 8: delivering on the global partnership for achieving the Millennium Development Goals.** MDG Task Force; New York, 2008 (b). Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_%20Task_Force_%20Report_2009.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report.** UN Report; New York (NY); 2009 (a). Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Strengthening the Global Partnership for Development in a Time of Crisis.** MDG Gap Task Force; New York(NY); 2009 (b). Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_%20Task_Force_%20Report_2009.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report.** UN Report; New York (NY); 2010 (a). Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf> Acesso 21 Jun 2013;

- UN-United Nations. **The Global Partnership for Development at a Critical Juncture**. MDG Gap Task Force; New York, 2010 (b). Disponível em:
[http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/1043282_MDG_2010%20\(E\)%20WEBv2.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/1043282_MDG_2010%20(E)%20WEBv2.pdf) Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **Matrix of Global Commitments**. MGD Gap Task Force; New York (NY) 2010 (c). Disponível em:
https://www.un.org/esa/analysis/mdggap/mdggap_matrix.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report**. UN Report; New York (NY); 2011(a). Disponível em:
[http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/\(2011_E\)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/(2011_E)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf) Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Global Partnership for Development: Time to Deliver**. MDG Task Force Report; New York (NY); 2011(b). Disponível em:
[http://www.un.org/millenniumgoals/2011_Gap_Report/11-38394%20\(E\)%20MDG%20Gap%20Report%202011_WEB%20NEW.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2011_Gap_Report/11-38394%20(E)%20MDG%20Gap%20Report%202011_WEB%20NEW.pdf)
Acesso 21 Jun 2013;
- UN-United Nations. **The Millennium Development Goals Report**. UN Report; New York (NY); 2012(a). Disponível em:
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>
Acesso 21 Jun 2013;
- UN- United Nations. **The Global Partnership for Development: Making Rhetoric a Reality**. MDG Gap Task Force. New York, 2012(b). Disponível em:
http://www.un.org/millenniumgoals/2012_Gap_Report/MDG_2012Gap_Task_Force_report.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- UN- United Nations. **The Millenium Development Goals Report**. UN Report, New York, 2013. Disponível em:
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> acesso 15 jul 2013;

- WB- World Bank. **World Development Report**. Geneva, 1980. Disponível em: <http://wdronline.worldbank.org/worldbank/bookpdfdownload/2> Acesso 21 jun 2013;
- WHO- World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva, 1948. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf acesso 21 jun 2013;
- WHO-World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata**. Alma-Ata; 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Acesso 21 Jun 2013; acesso em 21 jun 2013;
- WHO- World Health Organization. **World Health Assembly Resolution**. Geneva, 1978. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha31_56/en/index.html acesso 21 jun 2013;
- WHO-World Health Organization. **The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century**. Jakarta; 1998. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- WHO- World Health Organization. **World Health Assembly 53.6. Financial Regulation of The World Health Organization**. Geneve, 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/financial-regu-en.pdf> Acesso 02 Ago 2013;
- WHO-World Health Organization. **Health care systems**. 2010; Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf Acesso 21 Jun 2013;
- WHO-World Health Organization. **WHO Model List of Essential Medicines for Children**. WHO, 3rd Edition, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95054_eng.pdf Acesso 21 jun 2013;
- WHO-World Health Organization. **WHO Model List of Essential Medicines**. WHO, 17th Edition, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf Acesso 21 Jun 2013;

- WHO- The World We Want. **Health in the post-2015 Agenda: Report of the Global Thematic Consultation in Health**. Botsawana, 2013. Disponível em: <http://www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802> acesso 21 jun 2013;
- WTO-World Trade Organization. **Agreement establishing the World Trade Organization**. Marrakesh, 1994 (a). Disponível em: http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/04-wto.pdf Acesso 21 jun 2013;
- WTO-World Trade Organization. **Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights**. Marrakesh, 1994 (b). Disponível em: http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf acesso 21 Jun 2013;
- WTO- World Trade Organization. **Doha Ministerial Declaration**. Doha, 2001 (a). Disponível em: http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.pdf acesso 21 jun 2013;
- WTO-World Trade Organization. **Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health**. Geneve, 2001 (b). Disponível em: http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm acesso 21 jun 2013;
- WTO-World Trade Organization. **Understanding the WTO: the organization. Members and observers**. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/understanding_e.pdf Acesso 21 jun 2013;
- WTO-World Trade Organization. **World Trade Organization Negotiations: The Doha Development Agenda**. Doha; 2008. Disponível em: <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RL32060.pdf> Acesso 21 jun 2013;
- YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005;
- ŽIŽEK Slavoj. **The parallax view**. Cambridge Press, London, 2006;
- ŽIŽEK Slavoj. **Violence: Six Sideways Reflections**. Picador St Martin Press, New York, 2008;

- ŽIŽEK Slavoj. **First as a Tragedy, Then as Farce**. Verso, London, 2009;
- ŽIŽEK Slavoj. **Lecture in London on Living in the End Times**. Cadogan Hall Great Minds Series 2011, London, Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=cW1zUh94uMY> Acessado em 21 Jun 2013.

ANEXOS

ANEXO 1. Lista oficial das Metas e Indicadores das Metas do Milênio

Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM's)	
Metas e Objetivos (Declaração do Milênio)	Indicadores para acompanhar o progresso
Meta 1: Erradicar a pobreza e a fome	
Objetivo 1.A: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a percentagem de pessoas cujo rendimento é inferior a um dólar por dia	1.1 Proporção da população abaixo de US \$ 1 por dia 1.2 Relação de Pobreza 1.3 Divisão do quintil mais pobre no consumo nacional
Objetivo 1.B: Alcançar o emprego pleno, produtivo e o trabalho digno para todos, incluindo mulheres e jovens	1.4 A taxa de crescimento do PIB por pessoa empregada relação emprego-população 1.5 Proporção de pessoas empregadas que vivem abaixo de US \$ 1 por dia 1.6 Proporção de atômicos e trabalhadores familiares no emprego total
Objetivo 1.C: Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas que sofrem de fome	1.7 Prevalência de crianças desnutridas menores de cinco anos de idade 1.8 Proporção da população abaixo do nível mínimo de consumo energético da dieta
Meta 2: Obter o ensino básico fundamental	
Objetivo 2.A: garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, seja capaz de concluir um curso completo de ensino primário	2.1 taxa de escolarização no ensino primário 2.2 Proporção de alunos que a partir de 1 grau que atingem último ano do ensino primário 2.3 Taxa de alfabetização de 15-24 anos de idade, mulheres e homens
Meta 3: Promover a igualdade entre gênero e autonomia das mulheres	
Objetivo 3.A : Eliminar a disparidade de gênero no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015	3.1 Razão entre de mulheres e homens no ensino primário, secundário e terciário 3.2 Percentagem de mulheres assalariadas no setor não-agrícola 3.3 Proporção de assentos ocupados por mulheres no parlamento nacional
Meta 4: Reduzir a mortalidade infantil	
Objetivo 4.a: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos	4.1 taxa de mortalidade entre menores de cinco anos 4.2 Taxa de mortalidade infantil 4.3 Proporção de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo
Meta 5: Melhorar a saúde materna	
Objetivo 5.A : Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	5.1 Taxa de mortalidade materna 5.2 Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
Objetivo 5.B: Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde	5.3 Taxa de prevalência de contraceptivos

reprodutiva	5.4 Taxa de gravidez na adolescência 5.5 cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos uma visita) 5.6 necessidade de planejamento familiar não obtida
Meta 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças	
Objetivo 6.A alvo: Até 2015, deter e começar a reverter a propagação do HIV / AIDS	6.1 prevalência do HIV entre a população de 15-24 anos 6.2 O uso do preservativo na última relação sexual de alto risco 6.3 Proporção da população com idade entre 15-24 anos, com conhecimento correto e abrangente sobre HIV / AIDS 6.4 Razão de frequência escolar dos órfãos de frequência escolar de não-órfãos com idade entre 10-14 anos
Objetivo 6.B: Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento do HIV / SIDA para todos aqueles que dele necessitam	6.5 Proporção da população com infecção avançada por HIV com acesso a medicamentos anti-retrovirais
Objetivo 6.C: Até 2015, deter e começar a reverter a incidência da malária e de outras doenças graves	6.6 Incidência e taxas de mortalidade associada à malária 6.7 Proporção de crianças menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiros tratados com inseticida 6.8 Proporção de crianças menores de 5 anos com febre que são tratados com medicamentos anti-maláricos apropriados 6.9 taxas de incidência, prevalência e mortalidade associada à tuberculose 6.10 Proporção de casos de tuberculose detectados e curados sob observação direta, tratamento de curta duração
Meta 7: Garantir a sustentabilidade ambiental	
Objetivo 7.A: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais	7.1 Proporção de área terrestre coberta por florestas 7.2, o total de emissões de CO ₂ , per capita e por cada \$ 1 do PIB 7.3 Consumo de substâncias destruidoras da camada de ozônio 7.4 Proporção de unidades populacionais de peixes dentro dos limites biológicos de segurança 7.5 Proporção do total de recursos hídricos usados
Objetivo 7.B: reduzir a perda de biodiversidade, até 2010.	7.6 Proporção de áreas terrestres e marinhas protegidas 7.7 Proporção de espécies ameaçadas de extinção
Objetivo 7.C : Reduzir pela metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável e ao saneamento básico	7.8 Proporção da população que utiliza uma fonte melhorada de água potável 7.9 Proporção da população com uma instalação sanitária melhorada
Objetivo 7.D: Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de moradores de favelas	7.10 Proporção da população urbana que vive em favelas
Meta 8: Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento	
Objetivo 8.A: desenvolver um sistema aberto, previsível e não discriminatório, baseado em regras e financeiras	<i>Alguns dos indicadores listados abaixo são monitorados em separado para os países menos desenvolvidos (PMD), África, países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos Estados insulares.</i>

<p>Inclui um compromisso de boa governação, desenvolvimento e redução da pobreza - tanto nacional quanto internacionalmente</p> <p>Objetivo 8.B: Atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos</p> <p>Inclui: o acesso de tarifas e quotas para as exportações dos países menos desenvolvidos; programa reforçado de redução da dívida dos países pobres altamente endividados (HIPC) e anulação da dívida bilateral oficial, e AOD para os países comprometidos com a redução da pobreza</p> <p>Objetivo 8.C: Atender às necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (mediante o Programa de Ação para o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento e as conclusões da vigésima segunda sessão extraordinária da Assembleia Geral)</p> <p>Objetivo 8.D: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo</p>	<p><u>Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD)</u></p> <p>8.1 AOD líquida, total e para os países menos desenvolvidos, em percentagem do rendimento nacional bruto da OCDE / CAD doadores</p> <p>8.2 Proporção da AOD atribuível setorialmente total, dos doadores da OCDE / CAD para serviços sociais básicos (educação básica, cuidados de saúde primários, nutrição, água potável e saneamento)</p> <p>8.3 Proporção de assistência oficial ao desenvolvimento bilateral de doadores da OCDE / CAD</p> <p>8.4 AOD recebida nos países em desenvolvimento sem litoral como uma proporção dos seus rendimentos nacionais brutos</p> <p>8.5 AOD recebida nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento como proporção dos seus rendimentos nacionais brutos</p> <p><u>Acesso ao mercado</u></p> <p>8.6 Proporção do total das importações dos países desenvolvidos (por valor e excluindo armamentos) de países em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos</p> <p>8.7 As tarifas médias impostas pelos países desenvolvidos aos produtos agrícolas, têxteis e de vestuário de países em desenvolvimento</p> <p>8.8 Apoio agrícola estimado nos países da OCDE como uma percentagem do seu produto interno bruto</p> <p>8.9 Proporção de AOD fornecida para ajudar a construir a capacidade comercial</p> <p><u>Sustentabilidade da dívida</u></p> <p>8.10 Número total de países que tenham atingido os seus pontos de decisão PPAE e número que tenham atingido os seus pontos de conclusão PPAE (cumulativo)</p> <p>8.11 Alívio da dívida comprometidas no âmbito da iniciativa HIPC e MDRI</p> <p>8.12 O serviço da dívida como percentagem das exportações de bens e serviço</p>
<p>Objetivo 8.E: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento</p>	<p>8.13 Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis de forma sustentável.</p>
<p>Objetivo 8.F: Em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente da informação e comunicação</p>	<p>8.14 Linhas telefônicas fixas por 100 habitantes</p> <p>8.15 Assinaturas de celulares por 100 habitantes</p> <p>8.16 Utilização da Internet por 100 habitantes</p>

ANEXO 2. Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (2011)

- fator VIII de coagulação
- abacavir
- acetato
- acetato de medroxiprogesterona
- acetazolamida
- acetilcisteína
- aciclovir
- ácido acético
- ácido acetilsalicílico
- ácido ascórbico
- ácido fólico
- ácido paraminossalicílico
- ácido salicílico
- ácido tranexâmico
- ácido valproico (valproato de sódio)
- água para injeção
- albendazol
- alcatrão mineral
- alopurinol
- ampicilina
- amidotrizoato
- amilorida
- amiodarona
- amitriptilina
- amodiaquina
- amoxicilina
- amoxicilina + ácido clavulânico
- ampicilina
- anfotericina B
- anlodipino
- antimoniato de meglumina
- arteméter
- arteméter + lumefantrina
- artesunato + amodiaquina
- artesunato de sódio
- asparaginase
- atazanavir
- atracúrio
- atropina
- azatioprina

- azitromicina
- beclometasona
- benzilpenicilina
- benzilpenicilina + procaína
- benzilpenicilina benzatina
- benznidazol
- benzoato de benzila
- betametasona
- biperideno
- bisoprolol
- bleomicina
- brometo de ipratrópio
- brometo de vecurônio
- bromidrato de hiosciamina
- budesonida
- bupivacaína
- calamina
- canamicina
- capreomicina
- carbamazepina
- carbonato de hidrogênio e sódio
- carbonato de lítio
- carboplatina
- carvão vegetal ativado
- cefalexina
- cefazolina
- cefixima
- cefotaxima
- ceftazidima
- ceftriaxona
- cetamina
- ciclizina
- ciclofosfamida
- cicloserina
- ciclosporina
- cipionato de estradiol + medroxiprogesterona
- ciprofloxacino
- citarabina
- citrato de cafeína
- claritromicina
- clindamicina
- clofazimina
- clomifeno

- clomipramina
- clorambucila
- cloranfenicol
- cloreto de metiltionínio (azul de metileno)
- cloreto de potássio
- cloreto de sódio
- clorexidina
- clorferniramina
- cloroquina
- cloroxilenol
- clorpromazina
- clotrimazol
- cloxacilina
- codeína
- colecalciferol
- composto de base de cloro
- dacarbazina
- dactinomicina
- dapsona
- daunorrubicina
- deferoxamina
- dexametasona
- dextrana
- diazepam
- didanosina
- dietilcarbamazina
- digoxina
- diloxanida
- dimercaprol
- dinitrato de isossorbida
- dispositivo contendo cobre
- Dispositivo Intra-Uterino
- ditranol
- docetaxel
- docusato de sódio
- dopamina
- doxiciclina
- doxorubicina
- ededato dissódico d cálcio diidratado
- efavirenz
- efavirenz + entricitabina + tenofovir
- efedrina
- eflornitina

- emtricitabina + tenofovir
- enalapril
- enantato de noretisterona
- entricitabina
- epinefrina (adrenalina)
- ergocalciferol
- ergometrina
- eritromicina
- espectinomicina
- espironolactona
- estavudina
- estiboglioconato de sódio
- estreptomicina
- estreptoquinase
- etambutol
- etambutol + isoniazida
- etambutol + isoniazida + pirazinamida +
- etambutol + isoniazida + rifampicina
- etanol
- etinilestradiol + levonorgestrel
- etinilestradiol + noretisterona
- etionamida
- etoposédeo
- etossuximida
- fator IX complexo humano
- fenitoína
- fenobarbital
- fenoximetilpenicilina
- fitomenadiona
- flucitosina
- fluconazol
- fludrocortisona
- flufenazina
- fluoresceína
- fluoreto de sódio
- fluoruracila
- fluoxetina
- folinato de cálcio
- fumarato de tenofir desproxada
- furosemida
- gentamicina
- glibenclamida
- glicose

- glicose com cloreto de sódio
- glucagon
- gluconato de cálcio
- glutaral
- griseofulvina
- haloperidol
- halotano
- heparina sódica
- hexacianoferrato (II) férrico (azul da Prússia)
- hidralazina
- hidroclorotiazida
- hidrocortisona
- hidroxycarbamida
- hidroxi-cloroquinolona
- hidroxocobalamina
- ibuprofeno
- ifosfamida
- imipeném + cilastatina
- implante liberador de levonorgestrel
- imunoglobulina anti- Rho (D)
- imunoglobulina anti-rábica
- imunoglobulina antitetânica
- imunoglobulina antiveneno
- imunoglobulina humana normal
- indinavir
- insulina humana (regular)
- insulina isófana
- iodeto de potássio
- iodo
- iodopovidona
- ioexol
- ioxitalamato de meglumina
- isoflurano
- isoniazida
- isoniazida + pirazinamida + rifampicina
- isoniazida + rifampicina
- ivermectina
- lactato de sódio
- lactulose
- lamivudina
- lamivudina + nevirapina + estavudina

- lamivudina + nevirapina + zidovudina
- lamivudina + zidovudina
- levamisol
- levodopa + carbidopa
- levonorgestrel
- levotiroxina
- lidocaína
- lidocaína + epinefrina (adrenalina)
- lopinavir + ritonavir
- lorazepam
- manitol
- mebendazol
- mefloquina
- melarsoprol
- mercaptopurina
- mesna
- metadona
- metformina
- metildopa
- metilprednisolona
- metoclopramida
- metotrexato
- metronidazol
- miconazol
- midazolam
- mifepristona
- miltefosina
- misoprostol
- morfina
- mupirocin
- naloxona
- neostigmina
- nevirapina
- niclosamida
- nicotinamida
- nifedipina
- nifurtimox
- nistatina
- nitrito de sódio
- nitrofurantoína
- nitroglicerina
- nitroprusseto de sódio
- ocitócina

- ofloxacino
- omeprazol
- ondansetrona
- oseltamivir
- oxamniquina
- óxido nitroso
- oxigênio
- paclitaxel
- paracetamol
- paromomicina
- penicilamina
- pentamidina
- permanganato de potássio
- permetrina
- peróxido de benzoíla
- pilocarpina
- pirantel
- pirazinamida
- piridostigmina
- piridoxina
- pirimetamina
- potássio férrico hexacianato-ferrato
- praziquantel
- prednisolona
- preservativos
- primaquina
- procarbazina
- proguanilo
- propiltiouracila
- propofol
- propranolol
- prostaglandina E
- quinina
- ranitidina
- resina podophyllum
- retinol
- ribavirina
- riboflavina
- rifabutina
- rifampicina
- ritonavir
- sais para hidratação oral
- salbutamol
- saquinavir

- senna
- sinvastatina
- solução de iodo e iodeto de potássio
- solução para diálise intraperitoneal
- succimer
- surfactante
- sulfadiazina
- sulfadiazina de prata
- sulfadoxina + pirimetamina
- sulfametoxazol + trimetoprima
- sulfassalazina
- sulfato de bário
- sulfato de magnésio
- sulfato de protamina
- sulfato de zinco
- sulfato ferroso
- sulfato ferroso + ácido fólico
- sulfeto de selênio
- suramin sódico
- suxametônio
- tamoxifeno
- terapia de reposição de nicotina
- terbinafina
- testosterona
- tetracáianato tetraciclina
- tiamina
- timolol
- tioguanina
- tiosulfato de sódio
- triclabendazol
- trimetoprima
- tropicamida
- tuberculina, derivado de proteína purificada
- uréia
- vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*)
- vacina contra a cólera
- vacina contra a coqueluche
- vacina contra a difteria
- vacina contra a encefalite japonesa
- vacina contra a febre tifóide
- vacina contra a meningite meningocócica
- vacina contra a poliomielite

- vacina contra a raiva
- vacina contra a rubéola
- vacina contra a varicela
- vacina contra caxumba
- vacina contra febre amarela
- vacina contra hepatite A
- vacina contra hepatite B
- vacina contra o rotavírus
- vacina contra o sarampo
- vacina contra o tétano
- vacina da gripe
- vacina pneumocócica
- vacina tipo b contra *Haemophilus influenzae*
- vancomicina
- varfarina
- verapamil
- vinblastina
- vincristina
- xilometazolina
- zidovudina

ANEXO 3. Lista de medicamentos essenciais para pediatria (OMS 2011)

- acetato de medroxiprogesterona
- acetazolamida
- ácido tranexâmico
- amidotrizoato
- amilorida
- amiodarona
- anlodipina
- antimoniato de meglumina
- atracúrio
- beclometasona
- benzonidazol
- betametasona
- biperideno
- bisoprolol
- bleomicina
- brometo de ipratrópio
- bromidrato de hioscinina
- carbonato de lítio
- carboplatina
- cefazolina
- cefazolina/ cefotaxima
- ceftazidima
- citarabina
- citarabina
- claritromicina
- clomifeno
- clomipramina
- cloroxilenol
- clorpromazina
- clotrimazol
- cloxacilina
- codeína
- dacarbazina
- dactinomicina
- dextran 70
- difumarato de tenofovir desoproxila
- diloxanida
- dinitrato de isossorbida
- dispositivo contendo cobre
- ditranol
- docetaxel
- emtricitabina + tenofovir
- ergocalciferol
- ergometrina
- estibogliconato de sódio ou de meglumina

- estreptoquinase
- etoposídeo
- flufenazina
- fluoreto de sódio
- fluorouracil
- folinato de cálcio
- glibenclamida
- gluconato de cálcio
- gluconato de cálcio
- hidralazina
- indinavir
- iohexol
- iotroxato de meglumina
- levodopa + carbidopa
- levonorgestrel
- lorazepam
- metildopa
- mifepristona
- misoprostol
- nicotinamida
- nifedipina
- nitroprussieto de sódio
- oseltamivir
- oxamniquina
- potássio férrico hexacyano-ferrato (II)-2H₂O
- procarbazona
- solução de lugol
- sulfassalazina
- sulfato de magnésio
- sulfato de protamina
- sulfato ferroso + ácido fólico
- sulfeto de selênio
- vacina contra o cólera
- varfarina
- vinblastina
- pirantel

Medicamentos não contemplados na Lista modelo de Medicamentos Essenciais para adultos. A Lista Modelo de Medicamentos Essenciais para pediatria é de caráter complementar a primeira. A Lista Modelo contempla dosagens e vias de administração para cada medicamento.

CURRÍCULO LATTES

Mateus Falcao Martins Matos

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1679645979979073>
- Última atualização do currículo em 19/05/2013

Resumo informado pelo autor

Mestrando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (FSP/USP). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC (2008). Ex-bolsista do Programa de Educação Tutorial pela Secretaria de Ensino Superior (PET-SESu) do Ministério da Educação (2005-2008). Ex monitor de Farmacologia Geral pela Faculdade de Medicina da UFC (2006-2007). Experiência profissional em gestão internacional de Organizações Internacionais (América Latina e Estados Unidos), desenvolvimento social, execução de programas médico-humanitários e educacionais no Brasil.

(Texto informado pelo autor)

Formação acadêmica/titulação

2011 Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Sao Paulo, Brasil
Título: Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio em cinco países da Região da América Latina e Caribe
Orientador: Aurea Maria Zollner Ianni
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

2004 - 2008 Graduação em Odontologia.
Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, Brasil
Bolsista do(a): Secretaria de Ensino Superior

Formação complementar

2009 - 2009 Curso de curta duração em Pediatric Advanced Life Support.
American Heart Association, AHA, Estados Unidos

2009 - 2009 Operation Smile World Summit.
Operation Smile Inc., OP SMILE, Estados Unidos

2009 - 2009 Curso de curta duração em Program Coordinator Core Program II.
Operation Smile Inc., OP SMILE, Estados Unidos

- 2008 - 2008** Curso de curta duração em Basic Life Support.
American Heart Association, AHA, Estados Unidos
- 2008 - 2008** Operation Smile Program Coordinator Core Program I.
Operation Smile Inc., OP SMILE, Estados Unidos
- 2006 - 2006** Curso de curta duração em Curso Nacional de Odontopediatria.
Associacao Brasileira de Odontologia, ABO/RJ, Rio De Janeiro, Brasil
- 2006 - 2006** Curso de curta duração em Modulo de Odontopediatria.
Associacao Brasileira de Odontologia, ABO/RJ, Rio De Janeiro, Brasil

Atuação profissional

1. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP

Vínculo
institucional

2011 - Atual Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: Bolsista Mestrado , Carga horária: 40,
Regime: Dedicação exclusiva

2. Operation Smile Inc. - OP SMILE

Vínculo
institucional

2008 - 2009 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Programs Coordinator , Carga horária:
44, Regime: Dedicação exclusiva

3. Ministério da Educação - MEC

Vínculo
institucional

2005 - 2008 Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: Bolsista graduação (SESu) , Carga horária: 20, Regime: Dedicção exclusiva

4. Universidade Federal do Ceará - UFC

Atividades

03/2006 - 03/2007 Pesquisa e Desenvolvimento, Faculdade de medicina

Linhas de pesquisa:

Ensino em Farmacologia

5. Operação Sorriso do Brasil - OSB

Linhas de pesquisa

1. Ensino em Farmacologia

Objetivos: Analisar o conhecimento de alunos do curso de Odontologia em nível de graduação sobre o uso de drogas por meio de um questionário sobre os mecanismos de ação, interações medicamentosas, e prescrições usadas na clínica odontológica como também, drogas usadas em outras áreas da saúde e que possuem interações com os procedimentos odontológicos.

Projetos

Projetos de pesquisa

2011 - Atual Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio em cinco países da Região da América Latina e Caribe

Descrição: Oficializadas no ano de 2000 e destacando-se como um dos eventos mais importantes na agenda internacional para o início do século 21, as Metas do Milênio organizadas pelas Nações Unidas são uma tentativa ousada de diminuir disparidades sociais e econômicas em todos os países membros até o ano de 2015. Constituída por oito metas, sete das quais envolvem, principalmente, o compromisso dos países em desenvolvimento, a oitava meta se destaca pelo maior compromisso dos países desenvolvidos. Propõe-se um estudo de caso a ser realizado em cinco países da

Região da América Latina e Caribe - Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba e México. O objetivo 8.E da oitava meta, que trata do acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, será objeto da presente pesquisa. Pretende-se identificar as iniciativas locais estimuladas pela promulgação das metas, construindo-se um panorama comparado da sua implantação e desenvolvimento nos diferentes países

Situação: Em andamento Natureza: Projetos de pesquisa

Alunos envolvidos: Mestrado acadêmico (1);

Integrantes: Mateus Falcao Martins Matos (Responsável); ; Aurea Maria Zöllner Ianni

Financiador(es): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP

Projeto de extensão

2006 - 2008 Operation Smile College Association OSCA/UFC

Descrição: Oferecer suporte a Operation Smile através de atendimento preventivo e curativo e ações educativas à pacientes portadores de fissura labiopalatal que serão submetidos a cirurgias reabilitadoras realizadas durante as missões da Operation Smile Brasil.

Situação: Concluído Natureza: Projeto de extensão

Alunos envolvidos: Graduação (12);

Integrantes: Mateus Falcao Martins Matos; Walda Viana Brígido de Moura; Léa Maria Bezerra de Menezes (Responsável)

Financiador(es): Universidade Federal do Ceará-UFC

2003 - 2008 PROJETO SEMENTE - SERVIÇO DE EXTENSÃO A MENORES NECESSITANDO DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO.

Descrição: atendimento clínico-ambulatorial a bebês de 0 a 4 anos e a pacientes com necessidades especiais de 0 a 18 anos; • Orientações de higiene bucal aos pais ou responsáveis pelas crianças assistidas; • Revisões de literatura sobre temas pertinentes ao projeto feitas pelos alunos da graduação com o auxílio dos alunos da pós-graduação; • Planejamento e início da confecção de um manual de atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais; • Cadastramento dos pacientes novos e antigos em sistema computadorizado; • Levantamento da casuística dos pacientes atendidos no Projeto SEMENTE até o ano de 2010; • Finalização do tratamento de pacientes sadios maiores de 4 anos e o encaminhamento destes para a Clínica de Odontopediatria; • Apresentação de trabalhos em congressos e eventos científicos; • Atividades de iniciação científica.

Situação: Concluído Natureza: Projeto de extensão

Alunos envolvidos: Graduação (12); Mestrado acadêmico (2); Doutorado (2);

Integrantes: Mateus Falcao Martins Matos; Cristiane Sá Roriz Fonteles (Responsável)

Financiador(es): Universidade Federal do Ceará-UFC

Áreas de atuação

1. Saúde Pública
2. Políticas Públicas

3. Política Internacional

Idiomas

Alemão Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Razoavelmente , Lê Bem

Inglês Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Espanhol Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Francês Compreende Razoavelmente , Fala Razoavelmente , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente

Português Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Prêmios e títulos

2006 The Logan Taylor Award, Operation Smile Incorporated, USA

Produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. PAIVA, M. S.C., **MATOS, M. F. M.**, [ASSIS, J. S.](#), CALIXTO, A.R.J, ANTUNES., P. H. M., [LIMA, V.](#)
Avaliação de aula inaugural prático-demonstrativa "Manuseio de Animais Laboratoriais e Vias de Administração de Fármacos" na Disciplina de Farmacologia no Curso de Odontologia-UFC como atividade de monitoria. Pesquisa Médica (UFC). , v.01, p.21 - 25, 2007.
2. **MATOS, M. F. M.**, [LIMA, V.](#), BEZERRA., M. M., [ASSIS, J. S.](#), ANTUNES., P. H. M., CALIXTO, A.R.J
Avaliação dos novos estudos dirigidos em Farmacocinética e Farmacodinâmica como atividade complementar ao uso do software Pharmatutor® na disciplina de Farmacologia no Curso da Odontologia-UFC. Pesquisa Médica (UFC). , v.1, p.11 - 14, 2007.

Trabalhos publicados em anais de eventos (completo)

1. **MATOS, M. F. M.**, [IANNI, A. M. Z.](#), [MENDES, A. N.](#)
Financing Health Systems in a period of economic meltdown: a perspective from the World Health Organization Report, 2010 In: Convencion Internacional de Salud Publica, 2012, Havana.
Financing Health Systems in a period of economic meltdown: a perspective from the World Health Organization Report, 2010. , 2012.
2. **MATOS, M. F. M.**, [IANNI, A. M. Z.](#)
La diplomacia de salud de Brasil: el caso de Haití In: Convencion Internacional de Salud Publica, 2012, Havana.
La diplomacia de salud de Brasil: el caso de Haití. , 2012.
3. **CASTRO, R. S. L.**, **MATOS, M. F. M.**, **MOTA, A. C. M.**, **FONTELES, C. S. R.**
Controle químico da cárie de primeira infância In: II Congresso Internacional de Odontologia, 2006, Fortaleza.
O Brasil sorridente e a inclusão social. Fortaleza: ABO, 2006. v.01.
4. **MATOS, M. F. M.**
Projeto Recem Ingresso In: 10º Encontro Nacional dos Grupos do Programa de Educação Tutorial- X ENAPET., 2005, Fortaleza.
Anais do 10º ENAPET. , 2005.

Produção técnica

Trabalhos técnicos

1. **MATOS, M. F. M.**, Moura, W.V.B., Marinho, B.A.L.
Operation Smile College Association, 2006

Demais produções técnicas

1. **MATOS, M. F. M.**
Introdução a Odontologia, 2005. (Extensão, Curso de curta duração ministrado)

CURRICULO LATTES DA ORIENTADORA

Aurea Maria Zöllner Ianni

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9828733942571499>
- Última atualização do currículo em 27/03/2013

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1980), Mestrado (1999) e Doutorado (2004) em Ciência Ambiental, Pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (2009) e Livre-Docência em Ciências Sociais em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2012). É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP e credenciada junto aos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes e Humanidades da USP. É editora associada da revista Saúde e Sociedade. Tem experiência na área da sociologia e atua na aproximação entre as Ciências Sociais e a Saúde, nos seguintes temas: mudanças sociais contemporâneas e saúde, pensamento social em saúde, metrópole e atenção em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Formação acadêmica/titulação

2012

Livre-docência.

Faculdade de Saúde Pública USP.

Título: Mudanças Sociais Contemporâneas e Saúde. Um estudo sobre teoria social e Saúde Pública no Brasil, Ano de obtenção: 2012.

Palavras-chave: Ciências Sociais em Saúde; saúde coletiva; saúde pública; Teoria social.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia.

2008 - 2009

Pós-Doutorado.

Programa de Doutorado em Ambiente e Sociedade do NEPAM/IFCH/UNICAMP.

2002 - 2004

Doutorado em Ciência Ambiental (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Fronteiras do Biológico e do Social na Saúde. Um Estudo sobre a Epidemiologia no Brasil - 1990/2002, Ano de obtenção: 2004.

Orientador: Renato da Silva Queiroz (co-orientação José Ricardo Ayres).

1995 - 1999

Mestrado em Ciência Ambiental (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Meio Ambiente e Saúde na Periferia da Metrópole. Capela do Socorro, São Paulo, Ano de Obtenção: 1999.

Orientador: Renato da Silva Queiroz.

1979 - 1980

Graduação em Licenciatura em Ciências Sociais.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1975 - 1979

Graduação em Ciências Sociais.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.