

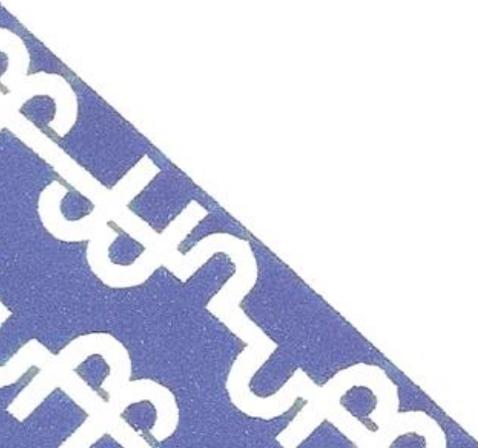
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

EVANGELINA MARTICH

ACESSO A CONTRACEPTIVOS:
estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do
Brasil.

Niterói, RJ

2018



EVANGELINA MARTICH

**ACESSO A CONTRACEPTIVOS:
estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do
Brasil.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

**Niterói, RJ
2018**

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

M378a Martich, Evangelina Viviana
Acesso a contraceptivos: estratégias políticas e
configuração institucional dos sistemas de saúde da
Argentina e do Brasil / Evangelina Viviana Martich ; Lenaura
De Vasconcelos Costa Lobato, orientador. Niterói, 2018.
162 f. : il.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2018.d.06042977776>

1. Acesso. 2. Contraceptivos. 3. Sistemas de Saúde. 4.
Políticas de Saúde. 5. Produção intelectual. I. Título
II. De Vasconcelos Costa Lobato, Lenaura, orientador. III.
Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.

CDD -

EVANGELINA MARTICH

**ACESSO A CONTRACEPTIVOS:
estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do
Brasil.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – ESS/UFF
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Bonan Jannotti- IFF/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Castro Maia Senna- ESS/UFF

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Tranches de Melo – IESC/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Ingrid Dávilla Freire Pereira – ESPJV/FIOCRUZ

**Niterói, RJ
2018**

AGRADECIMENTOS

Me tomé la licencia de escribir estas palabras en español porque quiero agradecer de la forma más sincera y natural posible a las muchas personas que me crucé por el camino que me trajo hasta aquí.

Escribir una tesis de doctorado es un largo proceso que además de estresante y cansador atraviesa nuestra vida por completo. Para mí, como para la mayoría de los mortales que en algún momento decidieron embarcarse en esto, me resultó pesado, sobre todo la última parte y fundamentalmente trabajando a lo largo de casi todo el proceso. Así y todo lo disfruté y aprendí mucho no sólo sobre mi tema de investigación sino de cosas aún mucho más importantes, de personas que son incondicionales, de mis límites, de mi enorme paciencia (que desconocía) y de la importancia de tomar decisiones a tiempo.

Creo que una de las condiciones básicas para encarar un doctorado es la curiosidad pero también el límite para no desbordarse, el segundo suele ser más difícil que el primero. Y eso es algo que te acompaña a lo largo de todo el camino.

El camino que me trajo hasta aquí probablemente empezó mucho antes de mi educación formal, es decir, en mi casa. Por eso, en primer lugar le quiero agradecer a mis padres, Mabel y Ricardo, que me han enseñado valores que valen mucho más que cualquier diploma. De ellos aprendí que la perseverancia es tanto o más importante que el propio deseo de llegar a una meta. Por eso y por muchas otras cosas, muchas gracias.

A mi hermana Verónica, que con nuestros encuentros y desencuentros, siempre acabamos eligiendo estar unidas. Gracias a ella ejerzo el rol que más me gusta de todos, ser tía de Lucre y Ludovico.

A Lenaura, por arriesgarse a acompañarme en este trabajo. Por su cariño y su buen humor que hace mucho más agradable el trabajo. Por sus consejos, correcciones y por ayudarme a tomar decisiones con el fin de no desbordarme. Y por llevar siempre consigo sus convicciones.

Agradezco a todas y cada de las profesoras que participan de la banca de jurado por haber aceptado. Y las que además estuvieron en la cuali por sus consejos y sugerencias. Muchas gracias.

A mi amigo Federico Tobar. Por su enorme generosidad para conmigo a lo largo de todos estos años. Por leerme siempre que se lo pedí y enviarme sus grandiosas devoluciones en tiempo record. Por haberme impulsado por este camino. Muchas gracias.

A Marta Gutiérrez Sastre, mi orientadora durante la estancia en Salamanca. Persona generosa, simple, inteligente y extremadamente trabajadora que me ha recibido de brazos abiertos y me acogió de manera extraordinaria. Por sus consejos, por leerme y corregirme, y fundamentalmente por su cariño.

A mis compas del doctorado en Brasil, especialmente a mis amigos Valen, Vagner, Claudia, Josélia y Pancho con los que además del estudio compartimos valores y convicciones. Muchas gracias! Se los extraña sobre todo las charlas y las cervezas de la Cantareira.

A mis compas del despacho 101 en Salamanca (detalle: nunca fue el 101). Pablo Elena y Tania. Tres personas extraordinarias, inteligentes, y divertidas que me recibieron de brazos abiertos y hoy considero mis amigos. Pasar casi un año con ellos fue una de las experiencias más alegres y enriquecedoras que tuve. Compartimos eternas jornadas de trabajo, siempre apoyándonos entre todos cuando alguno lo necesitaba. Gracias también por todas y cada una de las cañas que nos tomamos en Salamanca y Ciudad Rodrigo hablando y debatiendo para arreglar el mundo.

A Sandra mi madrina que está siempre presente y me acompaña este donde este.

A mi amigo Nacho por su apoyo y comentarios a este trabajo.

A Marita y Juge, mis amigas que me acompañan siempre y también lo hicieron durante este proceso. Gracias por hacer siempre lo posible por vernos. Que podamos siempre seguir repitiendo nuestras Cumbres anuales.

As meninas Carlinha, Michele, Ingrid, Flávia e Kel. Las llevó y llevaré siempre en mi corazón. Les agradezco el cariño y las miles de anécdotas que tenemos juntas. Saudades de vcs.

A Bia, mi amiga que me dio ánimo en los momentos que sentía que colapsaba y que además revisó este trabajo por completo con una gran dedicación.

A mis amigas de Argentina de toda la vida: Emi, Noe, Vale, Eli y Mery, pasan los años, las mudanzas, las idas y vueltas pero siempre que voy todas se organizan para al menos un día encontrarnos y pasarlo lindo. Gracias chicas. A Ro que además me hizo todos los gráficos y a Anto, con la que además de una larga amistad nos unió durante este tiempo estar haciendo una tesis. Gracias por estar siempre presente. Cada vez vivimos más lejos y es como si nos uniéramos más.

A mi querido amigo Glenn que está siempre presente. Y por hacer que nuestra amistad trascienda barreras.

A mis compañeros de trabajo en ISGlobal, primero por confiar en mí y luego por la generosidad de tomarme ciertas libertades para que pudiera cerrar mi tesis.

A mi amiga Mar que le torture la cabeza hablando de mi tesis.

A las personas que aceptaron ser entrevistadas y colaboraron con este trabajo desinteresadamente.

Agradezco a la Universidad Federal Fluminense y a la Universidad de Salamanca por el espacio institucional para llevar a cabo este doctorado. A Fellow Mundus por la beca que me permitió realizar mi estancia y a todas las personas del sector de intercambios que fueron impecables.

Quiero agradecer también al resto de los profesores de la universidad de Salamanca con los que tuve la oportunidad de interactuar, especialmente a Soledad Murillo de la Vega por sus comentarios a mi trabajo.

Finalmente quiero agradecer a mi compañero de todos los días, a mi amor Gonza porque si hay alguien que me acompañó en este trabajo fue él. Porque trajo la paz y serenidad para hacer este camino más “leve”. Por su incondicional presencia, por leerme, por escucharme y debatir conmigo cada párrafo que acá escribí, por sus sabios consejos y correcciones. Y fundamentalmente por su cariño. Por eso y un montón de cosas más es que te elijo todos los días.

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mi decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar, porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.

Cora Coralina
(1889-1985)

Donde hay una necesidad, nace un derecho.

Eva Perón
(1919-1952)

RESUMO

As dificuldades no acesso aos contraceptivos representam um problema significativo para os sistemas de saúde, cujas consequências mais importantes são os indicadores negativos de morbimortalidade das mulheres. Na Argentina, a fragmentação do sistema de saúde e as diferentes formas de financiamento dos medicamentos em geral, criam acessos muito desiguais tanto aos serviços de saúde, quanto aos insumos. Por sua vez, no Brasil, o financiamento dos medicamentos encontra-se compartilhado entre os três níveis de governo o que se traduz numa gestão muito complexa. Ambos os países tem implantado estratégias para promover o acesso aos medicamentos, em geral, assim como programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva com foco na promoção do acesso aos contraceptivos. Mesmo assim, tanto a Argentina quanto o Brasil ainda apresentam importantes dificuldades no acesso.

O objetivo principal deste trabalho é analisar como dois sistemas de saúde (institucionalmente diferentes) abordam o problema do acesso aos contraceptivos. Nessa direção, buscou-se também entender o que mais tem influenciado a construção de vias de acesso aos contraceptivos, se a política de medicamentos ou a própria abordagem da saúde sexual e reprodutiva desenvolvida nos sistemas de saúde. Para tal, desenvolveu-se uma análise de políticas qualitativas comparadas. Considerou-se o período de 2003 a 2015, no qual, tanto na Argentina quanto no Brasil, já haviam sido implementadas políticas com o intuito de enfrentar o problema do acesso aos contraceptivos. Foi construído um modelo de análise que permitiu comparar os sistemas de saúde, analisar os programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva e as políticas de medicamentos, com foco nos contraceptivos, implantados em ambos os países. A análise foi desenvolvida a partir de dados secundários e entrevistas semiestruturadas com atores-chave de ambos os países.

Os resultados evidenciam que as vias de acesso aos contraceptivos têm características próprias e diferentes de outros medicamentos essenciais e que, também, são diferentes entre os países. Adicionalmente, também foram identificados seis elementos constitutivos dessas vias de acesso: 1) A influência dos processos políticos; 2) A relação entre o tipo de sistema de saúde e as vias de acesso; 3) A participação de novos atores na tomada de decisões (“outsiders” do setor sanitário); 4) A feminização da contracepção; 5) A falta de conhecimento sobre o direito de receber gratuitamente os contraceptivos; e 6) O peso maior das decisões do setor de medicamentos por sobre o de saúde sexual e reprodutiva na hora de gerar vias de acesso.

Palavras-chave: Acesso; Contraceptivos; Sistemas de saúde; Políticas de saúde.

ABSTRACT

The barriers for accessing contraceptives are still a very complex problem for the health systems. This issue has an important impact especially regarding women health's indicators (high percentage of mobility and mortality, among others).

In Argentina, the fragmentation of the health system and the different ways of financing medicines create very unequal ways of access to the health services in general and to the contraceptives in particular. In Brazil, medicine's financing depend on the three levels of government, a practice that leads to a complex management of the system.

Argentina and Brazil implemented strategies to promote the access to medicines in general, and national sexual and reproductive health programs with focus in promoting the access to contraceptives. Nevertheless, both countries still need to strengthen the mechanism to address this problem.

The main objective of this research was to understand how two different health systems (in terms of institutional design) address the problem of accessing to contraceptives. Moreover, the relationship between the medicines policy and the sexual and reproductive health policy in Argentina and Brazil was analysed in a compared perspective.

Methodology: a qualitative – compared public policy analyses was conducted, considering the specific period 2003-2015. During those years, Argentina and Brazil implemented medicines policies and sexual and reproductive programs as well.

In order to achieve the objective, a comparative model was created allowing the comparison of the health systems, the national sexual and reproductive health programs and the medicines policies with focus in contraceptives. Secondary sources were reviewed and analysed and semi-structure interviews were conducted with stakeholders from both countries.

The results show that the ways of accessing contraceptives present specific characteristics, different from other essential medicines, with stark differences as well between the two countries. Six key elements were identified in the creations of those ways of access: 1) the influence of the political process; 2) the relation among the ways of access and the institutional design of the health system; 3) the participation of new actors (outsiders of the sanitary sector) in the design and implementation of these strategies; 4) A feminization of contraception; 5) lack of adequate knowledge about the right to free contraception (in both countries) and 6) the decisions made by the medicines policy influenced more than the decisions made by the sexual and reproductive programs.

Keywords: Access; Contraceptives; Health systems; Health policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
1.2	MARCO TEÓRICO	23
1.3	METODOLOGIA	29
1.4	MARCO CONCEITUAL	31
1.5	FONTES DE INFORMAÇÃO	34
2	CAPÍTULO I – SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA E DO BRASIL	37
2.1	ARGENTINA	39
2.1.1	Estrutura	39
2.1.2	Financiamento	43
2.1.3	Organização dos serviços de saúde	44
2.1.4	Cobertura de medicamentos	46
2.2	BRASIL	49
2.2.1	Estrutura	49
2.2.2	Financiamento	54
2.2.3	Organização dos serviços de saúde	55
2.2.4	Cobertura de medicamentos	58
2.3	CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	60
3	CAPÍTULO II – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ARGENTINA E NO BRASIL (2003-2015)	62
3.1	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS NA AMÉRICA LATINA	62
3.1.1	Saúde sexual e reprodutiva na agenda pública argentina	65
3.1.2	Saúde sexual e reprodutiva na agenda pública brasileira	70
3.2	AS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM AMBOS OS PAÍSES ENTRE 2003-2015	80
3.2.1	<i>Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)</i>	80
3.2.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	88
3.2.3	Análise da perspectiva dos princípios norteadores: universalidade, integralidade, intersetorialidade	99
3.3	CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	104
4	CAPÍTULO III – POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS COM FOCO NOS CONTRACEPTIVOS NA ARGENTINA E NO BRASIL	106
4.1	POLÍTICA DE MEDICAMENTOS	108

4.2	ARGENTINA	112
4.2.1	Contexto no qual surge a Política Nacional de Medicamentos	112
4.2.2	Financiamento de Medicamentos	114
4.2.3	Operacionalização da PNM na Argentina	115
4.2.4	Medidas complementares do setor	116
4.3	BRASIL	118
4.3.1	Contexto no qual surge a Política Nacional de Medicamentos	118
4.3.2	Financiamento da Assistência Farmacêutica.....	121
4.3.3	Operacionalização da PNM - Assistência Farmacêutica.....	123
4.3.4	Medidas complementares de reorganização do setor	124
4.3.5	Produção pública de medicamentos	127
4.4	ACESSO AOS CONTRACEPTIVOS NA ARGENTINA	130
4.4.1	Setor Público – Programa REMEDIAR	130
4.4.2	Seguridade social e seguradoras privadas	134
4.4.3	Setor privado/particular	135
4.5	ACESSO AOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL.....	135
4.5.1	Sistema Público de Saúde (SUS).....	135
4.5.2	Setor privado (Planos e Particular).....	139
4.5.3	Misto.....	140
4.6	CONCLUSÕES DO CAPÍTULO.....	140
5	CONCLUSÃO.....	143
5.1	A INFLUÊNCIA DO PROCESSO POLÍTICO	143
5.2	RELAÇÃO ENTRE AS VIAS DE ACESSO E O DESENHO POLÍTICO- INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE.....	144
5.3	PARTICIPAÇÃO DE NOVOS ATORES NO DESENHO DAS POLÍTICAS	145
5.4	FEMINIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO.....	146
5.5	DESCONHECIMENTO DO DIREITO À CONTRACEPÇÃO GRATUITA E/OU COFINANCIADA.....	146
5.6	A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA 147	
6	REFERÊNCIAS	150

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E MATRICES

Gráfico N° 1 – Metodologia	P. 29
Gráfico N° 2 – Cobertura Populacional na Argentina por subsetor.	P. 43
Gráfico N° 3 – Como a saúde sexual e reprodutiva ingressou na agenda pública dos países	P. 79
Gráfico N° 4 – Tipos de vias de acesso na Argentina e no Brasil	P. 129
--	
Tabela N° 1 – Perguntas norteadoras	P. 32
Tabela N° 2 – Órgãos de controle dos agentes da Seguridade Social Argentina	P. 41
Tabela N° 3 – Posição dos diversos atores frente à nova estratégia do Governo- Argentina	P.81
Tabela N° 4 – Posição dos diversos atores frente à nova estratégia do Governo – Brasil	P.91
Tabela N° 5 – Questões relevantes sobre as três dimensões abordadas	P. 104
Tabela N° 6 – Preço médio unitário dos anticoncepcionais hormonais na Argentina e no Brasil	P. 126
Tabela N° 7 – Análise das Políticas de Medicamentos da Argentina e do Brasil	P. 128
--	
Matriz N° 1 – Sistemas de saúde	P. 33
Matriz N° 2 – Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva	P. 33
Matriz N° 3 –Tipologias das políticas de medicamentos com foco nos contraceptivos	P. 34

LISTA DE SIGLAS

AGN – SIGEN – *Auditoria General de la Nación*
AHE – Anticoncepcional hormonal de emergência
ANLIS – *Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud*
ANMAT – *Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnologías médica*
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária da Saúde
ATFP – Aqui tem Farmácia Popular
BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.
CAPS – Centro de Atenção Primária da Saúde
CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher
CEME – Central de Medicamentos
CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CF – Constituição Federal
CIT – Comissão intergestores tripartite
CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde
CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CONAPODE – Comissão Nacional de Política Demográfica
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONSUDEC – Conselho Superior de Educação Católica
CPAIMC – Centro de Pesquisas e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DCI – Denominação Comum Internacional
DIU – Dispositivo Intrauterino
DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC – Emenda Constitucional
ENSSyR – *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*
ESF – Estratégia Saúde da Família
FDA – *Food and Drug Administration*
HIV – Virus de imunodeficiência humana

INSSJP – *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MSAL – *Ministerio de Salud de la Nación*

NOA – Noroeste argentino

NOAS – Norma operacional de Assistência à saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não-governamentais

ONU – Organizações das Nações Unidas

OPS – Organização Pan-Americana da Saúde

OS – *Obra Social*

OSN – *Obra Social Nacional*

OSP – *Obra Social Provincial*

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PMO – *Programa Médico Obligatorio*

PMOE – *Programa Médico Obligatorio de Emergencia*

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNAISH – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens.

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Política Nacional de Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNSSyPR – *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*

PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco

PROFARMA – Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica

PROFE – *Programa Federal de Salud*

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

PTIS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

WHO – *World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

A **política social**, entendida como uma forma de intervenção do Estado, se traduz em ações concretas, na garantia de bens e serviços e no desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais (FLEURY, 2008). A política social, como tal, é uma ferramenta primordial utilizada pelo Estado para gerar bem-estar social (CASTRO, 2012). Entender a política de saúde como parte integrante das políticas sociais faz com que a saúde seja assumida como um dos direitos inerentes à condição de cidadania e, portanto, como um dever do Estado de fornecer determinadas prestações básicas consideradas essenciais na vida das pessoas (OPS-OMS, 2009). Como a maioria das políticas públicas, as **políticas de saúde** emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (FLEURY, 2008).

Quando falarmos especificamente da **saúde sexual e reprodutiva** como uma das dimensões das políticas sanitárias, estamos nos referindo a uma multiplicidade de esferas da vida das pessoas. Trata-se de um termo polissêmico que envolve variadas dimensões. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) define a saúde reprodutiva como um *estado geral de bem-estar físico, mental e social. É a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória sem riscos de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não*¹ (CIPD, 1994; COTTINGHAM et al., 2010). Dessa forma, o acesso aos contraceptivos modernos torna-se fundamental para a garantia desse direito.

Os contraceptivos estão incluídos entre os chamados **medicamentos essenciais**. Segundo a OMS, denominam-se assim aqueles medicamentos que satisfazem às necessidades de saúde da maioria da população; disponíveis quando forem necessários, em quantidades adequadas e em formas farmacêuticas apropriadas, e a um preço que eles possam pagar.²

Os contraceptivos, embora pertençam a esta categoria, possuem características próprias que os diferenciam dos outros medicamentos essenciais. Por um lado, o acesso a esse grupo terapêutico é fortemente influenciado por processos políticos e, por outro, a

¹ <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php> Acesso no dia 20/07/2016.

² http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/es/ Acesso no dia 20/07/2016.

responsabilidade quanto ao seu uso, como veremos mais adiante, apresenta uma intensa feminização.

Ainda que a prevalência do acesso aos contraceptivos tenha aumentado nos países da América Latina nos últimos anos (UNFPA, 2014), as necessidades insatisfeitas no acesso a esses produtos continua alta e a disponibilidade dos mesmos nos sistemas de saúde aparece de forma irregular. Essa dificuldade no acesso específico aos contraceptivos reverbera em efeitos negativos principalmente para a saúde das mulheres, como as altas taxas de morbidade e de mortalidade materna, índices elevados de gravidez na adolescência e abortos inseguros. No caso dos abortos inseguros, cabe destacar que, tanto na Argentina quanto no Brasil, o aborto é ilegal, salvo em exceções que raramente são respeitadas, o que torna o acesso à realização de um aborto em condições sanitárias adequadas praticamente inexistente. Continuar com uma gravidez indesejada significa uma barreira para a tomada de decisão autônoma ligada ao desenvolvimento de qualquer tipo de projeto de pessoal, especialmente para as mulheres. Trabalhos anteriores apresentam dados sobre a relação existente entre a gravidez precoce e as dificuldades que ela implica para a educação da mãe e suas condições de emprego futuro, gerando um círculo vicioso de reprodução da pobreza e aumento da vulnerabilidade social (PAUL et al., 2016). Se a este quadro agregamos o pertencimento a grupos economicamente mais vulneráveis, com baixa escolaridade e residentes em áreas rurais, a situação apenas se agrava. Nesse sentido, vale a pena destacar a importância da construção de políticas de saúde sexual e reprodutiva baseadas fundamentalmente em boas estratégias de educação e de comunicação, que foram dificuldades amplamente encontradas no decorrer deste trabalho. Oferecer às usuárias do sistema de saúde informação clara fortalecerá a sua autonomia como sujeitos de direitos. Por sua vez, poderá também permitir que elas tomem decisões livres e informadas a respeito de sua saúde sexual e reprodutiva. No que tange especificamente à contracepção, promover as vias de acesso a esses insumos contribuirá, ademais, para a redução das brechas ainda profundas de desigualdades econômicas, sociais e de gênero tão presentes em uma região como a América Latina.

Na Argentina, a fragmentação própria do seu sistema de saúde (em três sub-sistemas: público, privado e da seguridade social) e as diferentes formas de financiamento e co-financiamento dos medicamentos criam vias de acesso desiguais aos insumos da saúde em geral, e aos contraceptivos em particular. Entretanto, no Brasil, a situação também é complexa. O financiamento dos medicamentos é responsabilidade do setor público nos seus

três níveis de governo (União, Estados e Municípios), o que, na prática, apresenta uma complexidade importante (BRASIL, 2007).

Ambos os países implementaram estratégias de promoção do acesso aos medicamentos em geral, e políticas de saúde sexual e reprodutiva associadas à promoção do acesso aos contraceptivos em particular. Entretanto, ambos ainda necessitam fortalecer e aprimorar os mecanismos através dos quais abordam essa problemática. Dessa forma, este trabalho analisou a relação entre a política de medicamentos e a abordagem da saúde sexual e reprodutiva nesses países, buscando entender a influência de cada uma delas na geração de vias de acesso aos contraceptivos e como esta discussão se desenvolve no interior dos respectivos sistemas de saúde, segundo o seu desenho político-institucional.

Para os fins práticos do trabalho, considerou-se um período de tempo específico, entre 2003 e 2015. O marco temporal se baseia no fato de que, nesse período, estava vigente na Argentina o *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSyPR, 2003) e, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004). Além disso, ambos os países contavam com políticas de promoção do acesso aos medicamentos, assim como mecanismos de financiamento, provisão gratuita e co-pagamento.

As perguntas que motivaram este trabalho foram: Que discussões tem se desenvolvido entre a política de medicamentos e as políticas nacionais de saúde sexual e reprodutiva? Qual a influência de cada uma delas no acesso aos contraceptivos? E, por último, existe relação entre a configuração institucional do sistema de saúde e o tipo de estratégia para a promoção das vias de acesso aos contraceptivos implantadas na Argentina e no Brasil?

Nesse sentido, foram estabelecidos os seguintes **objetivos**:

Geral:

- Analisar a relação entre a configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil e as políticas de promoção do acesso aos contraceptivos.

Específicos:

- Descrever os sistemas de saúde dos países selecionados a partir de uma matriz de análise comparativa contendo as seguintes dimensões: estrutura do sistema, financiamento, organização dos serviços, cobertura em medicamentos;

- Descrever a política nacional de saúde sexual e reprodutiva (SSR) na Argentina e no Brasil, no período 2003-2015, considerando as dimensões: universalidade, integralidade e intersetorialidade dos programas;
- Criar uma matriz que permita analisar, de forma comparada, as políticas de promoção do acesso a medicamentos com foco nos contraceptivos, considerando as seguintes dimensões de análise: política sanitária, econômica e industrial;

1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os medicamentos, além de constituírem um bem econômico, portanto, sujeitos à dinâmica dos mercados, são fundamentalmente um bem social devido ao valor intrínseco que eles representam por se tratarem de insumos básicos e essenciais aos cuidados de saúde. Dessa forma, demandam um importante papel e responsabilidade do Estado, diretamente relacionados à efetivação dos direitos do cidadão à saúde (MACHADO DOS SANTOS, 2001). A questão do acesso aos medicamentos, em geral, é um dos maiores desafios que os sistemas de saúde devem defrontar. Nos países da América Latina, o acesso é altamente dependente dos gastos por parte da população, sendo 78% do gasto com medicamentos financiado diretamente do bolso dos pacientes (PAHO, 2012). Estima-se que dois terços das despesas com medicamentos são pagos diretamente pela população (FALBO, 2003). Se levarmos em consideração que a população mais pobre é a que compromete uma parcela maior de sua renda com medicamentos, isso acaba gerando um forte efeito regressivo nas economias das famílias (UGALDE; HOMEDES, 2007). Um estudo desenvolvido por Crispim Boing et al. (2013) verificou que, ademais, o acesso aos medicamentos através da compra direta por parte dos usuários, nas farmácias comerciais, acontece principalmente entre a população com maior escolaridade e de cor branca, aumentando ainda mais as desigualdades no acesso.

Os contraceptivos se encontram entre os produtos mais vendidos nas farmácias comerciais³, um indicativo de que a situação contraceptiva dos usuários do sistema de saúde é

³ <http://www.imshealth.com/> Acesso no dia 04/08/2016

dramática. Um relatório apresentado pela UNFPA sobre um grupo de países da América Latina afirma que, na região, a principal via de aquisição dos contraceptivos são as farmácias comerciais (UNFPA, 2016b). Na Argentina, por exemplo, 4 de cada 10 medicamentos vendidos, são pílulas anticoncepcionais (IEPS, 2009). No Brasil, os trabalhos de Pereira Vonk, et.al (2013), Rodriguez de Medeiros et al. (2016), e Rocha Farias et al. (2016), dentre outros, afirmam também que o principal local de aquisição dos contraceptivos no país são as farmácias comerciais.

Na América Latina, 62% das mulheres entre 14 e 48 anos desejam evitar uma gravidez, mas 22% delas (o que equivalia a 23 milhões de mulheres, em 2014) não utilizam nenhum contraceptivo efetivo, indicando que o acesso continua sendo um desafio para as políticas de saúde. Contudo, não obstante as dificuldades no acesso, a prevalência do uso de contraceptivos parece ter aumentado nos últimos anos. Sugerimos e não afirmamos que isso tenha ocorrido por duas razões que merecem ser destacadas: por um lado, esse aumento se deu de forma muito desigual entre os países e entre as áreas urbanas e rurais. Por outro lado, os dados levantados pela UNFPA apresentam um viés metodológico que possivelmente subestima a demanda insatisfeita ao considerar apenas as mulheres casadas, excluindo da amostra as solteiras.⁴

O acesso à contracepção e a possibilidade de decidir quando e com quem ter (ou não) filhos é um direito humano fundamental e, como tal, deveria ser respeitado e os Estados deveriam zelar pela sua garantia. No entanto, a demanda insatisfeita permanece elevada (222 milhões de mulheres em todo o mundo) e aumenta naqueles grupos mais vulneráveis socialmente (PAUL et al., 2016). A maior demanda insatisfeita por contraceptivos se encontra nas residências mais pobres, entre mulheres de escolaridade mais baixa e habitantes das zonas rurais (UNFPA, 2017). Ter acesso aos anticoncepcionais quando se precisa deles é parte do empoderamento da mulher como sujeito de direitos e influencia diretamente no desenvolvimento de sua autonomia.

Ao anterior, é pertinente agregar que a própria configuração institucional e os mecanismos de financiamento e co-pagamento fazem com que as vias de acesso a estes produtos sejam, muitas vezes, injustas e desiguais. O Brasil tem um longo caminho percorrido na área da saúde sexual e reprodutiva, cujo começo data da década de 1960, passando por

⁴https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf Acesso no dia 04/08/2016

diferentes fases e abordagens. Nesta pesquisa, focaremos no PNAISM, implantado no ano de 2004. A Argentina, por sua vez, aprovou no ano de 2003 a Lei 25.673, que criou o *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*.⁵ O percurso da temática no país tem sido complexo, incluindo momentos de completa ausência na agenda nacional de políticas públicas. Segundo trabalhos anteriores (BONAN, 2010; CEPAL, 2010; ARGENTINA-ENSSyR, 2013; PEREIRA VONK, 2013; MODOLON ALANO, 2013; UNFPA, 2014a; UNFPA 2014b), a disponibilidade dos contraceptivos nos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil se dá de forma irregular, dificultando o acesso a estes insumos.

Entre as consequências sanitárias disso, pode-se mencionar as altas taxas de mortalidade materna, o número de gravidezes indesejadas, índices elevados de gravidez em adolescentes e a realização de abortos inseguros. Nem Argentina nem Brasil conseguiram atingir a Meta 5 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna entre 1990-2015. Na Argentina, por exemplo, a taxa de mortalidade materna continua alta (3.7 por cada 10 mil nascidos vivos em 2014⁶, sendo que a meta era de 1.3 por cada 10 mil nascidos vivos para o ano de 2015. No Brasil, ainda que com uma importante queda dessa taxa, de 10.4 por cada 10 mil nascidos vivos em 1990 para 4.4 por cada 10 mil nascidos vivos em 2015⁷, o país continua tendo que enfrentar o importante desafio das desigualdades regionais, uma vez que a melhora não acontece de forma equitativa em todas as regiões do país (COSTA,2008).

Em relação à gravidez adolescente, tanto a Argentina (64 por cada 1000 mulheres) quanto o Brasil (67 por cada 1000 mulheres) apresentam taxas elevadas de incidência, segundo dados do Banco Mundial (2014). Além disso, esse indicador deve levar em conta outras características como as desigualdades não só regionais, mas também ligadas ao nível socioeconômico e educativo e à residência em áreas rurais. Um estudo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2016) apontou que a taxa de fecundidade adolescente no Brasil diminui conforme aumenta a faixa de renda do domicílio. Outro dado importante em relação à gravidez adolescente é que, nos últimos anos, em ambos os países, tem aumentado a taxa de gravidez em menores de idade, isto é, mulheres entre os 10 e os 14 anos de idade.

⁵ <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php> Acesso no dia 10/08/2016

⁶ <http://deis.msal.gov.ar/> Acesso no dia 10/08/2016

⁷ <http://data.worldbank.org/indicador> Acesso no dia 10/08/2016

Em face do exposto, a tese analisa o que têm feito os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil em relação a essa problemática, de grande impacto na saúde das mulheres e que dificulta o pleno exercício de um direito da população em geral.

1.2 MARCO TEÓRICO

O marco teórico se constitui no conjunto de conhecimentos acumulados sobre uma temática ou assunto (BERENGUERA et al., 2014). Assim, a partir de uma revisão bibliográfica, resulta possível construí-lo e responder a perguntas como o que se conhece e o que não se conhece sobre o assunto pesquisado. Para os fins práticos da presente pesquisa, serão apresentados, a seguir, uma série de conceitos considerados chave para o desenvolvimento deste trabalho.

O **Sistema de Saúde**, segundo a OMS (2003), se compõe de todas as organizações, instituições e recursos cujo objetivo principal é a melhoria da saúde da população. Trata-se de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma população dada, e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam atingir resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). Os objetivos básicos são: atingir melhores condições de saúde, garantir tratamentos adequados aos usuários e oferecer níveis aceitáveis de proteção financeira. O incremento de recursos econômicos para a saúde é uma condição necessária, mas não suficiente para atingir os resultados esperados. Ademais, tais recursos devem ser utilizados de forma efetiva. Por isso, e para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde de forma geral, resulta indispensável saber como funcionam, ou seja, quais são suas fontes de financiamento, como estão organizados, qual a cobertura da população e os recursos físicos e econômicos disponíveis, como se regulamentam e executam as ações. Em geral, independentemente da sua configuração institucional, a maioria dos sistemas de saúde compartilham certos problemas comuns, como: dificuldades no acesso aos serviços e medicamentos, problemas com os recursos humanos, fragmentação e segmentação, entre outros. Tais problemas se materializam em indicadores de resultado desfavoráveis para a população. Nesse sentido, ao promover a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, pode-se contribuir para o desenvolvimento econômico e, assim, fomentar a equidade, o bem-estar da população e o seu progresso.

Para Sheikh et al. (2011), é possível distinguir entre o “sistema *hardware*”, isto é, os elementos concretos e tangíveis do sistema de saúde, e o “sistema *software*”, ou seja, as

ideias, os interesses, as relações de poder, os valores e as normas que criam interconexões e complexificam o sistema. As abordagens tradicionais tendem a associar as decisões em política pública ao “sistema *hardware*”, no entanto, se consideramos que os sistemas de saúde estão imersos em determinados contextos sociais e políticos, pode-se estabelecer uma relação estreita entre as políticas públicas e o “sistema *software*”.

Em direção similar, Moreno Fuentes (2013, p. 255) define os sistemas de saúde como “[...] construções sociopolíticas que refletem o equilíbrio de forças entre interesses e percepções diferentes acerca do bem-estar público, assim como do papel do Estado em sua consecução” (tradução nossa).⁸

Os sistemas de saúde devem “adaptar-se”, muitas vezes, às novas necessidades de saúde da população e/ou às novas tecnologias disponíveis. Em todo caso, o fundamental é que continuem garantindo a proteção sanitária da população e que funcionem como um instrumento de coesão social e territorial.

Ao falar de **políticas públicas**, estamos nos referindo ao conjunto de ações ou omissões que manifestam uma determinada intervenção estatal (OSZLAK; O’DONNELL, 1981). Segundo Lynn (1980), política pública é um conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos. Peters (1999), de modo similar, afirma que política pública é a soma das atividades do governo que influenciam a vida dos cidadãos. Nas palavras de Dye (1984), trata-se daquilo que o Estado decide fazer ou não frente a determinada problemática.

Qualquer política pública é, em grande medida, um esforço de coordenação de diversas forças que operam entre o Estado e a sociedade. Aliás, a formulação das políticas públicas é o resultado de um grande processo de negociação entre diferentes grupos de atores e composto por várias etapas, denominado o ciclo das políticas públicas. Trata-se de etapas sequenciais e interdependentes que vão desde a identificação do problema, a formação da agenda, a escolha entre as alternativas e a tomada de decisão, até a sua implementação e avaliação (TRANCHES DE MELO, 2013).

O problema (objeto da política pública) pode estar presente na sociedade há muito tempo e, ainda assim, não receber a atenção devida, seja por parte dos governantes ou da população, por já estarem habituados a ele. Segundo Subirats (1989), a limitação de recursos financeiros e/ou materiais, a falta de tempo, a falta de vontade política ou a falta de pressão

⁸ No original: “[...] construcciones sociopolíticas que reflejan el equilibrio de fuerzas entre diferentes intereses y percepciones acerca del bienestar público, así como respecto al papel del Estado en su consecución”.

popular podem fazer com que alguns problemas demorem muito ou até mesmo que nunca consigam entrar nas agendas públicas (SUBIRATS, 1989).

Nesse sentido, o contexto no qual surgem as políticas públicas, ou seja, as condições sociais, políticas, institucionais, econômicas e ideológicas não são alheias à sua formulação. São os condicionantes que influenciam ou criam a oportunidade para a implantação de determinadas decisões de políticas públicas e para o envolvimento dos grupos de interesse relevantes.

Nas palavras de Souza (2006, p. 26):

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

As **políticas de saúde** apresentam algumas especificidades como, por exemplo, o fato de abranger diversos setores (Estado, sociedade e mercado) e diversos atores que nelas interagem. Dessa multiplicidade de atores deriva a necessidade de compreender quais são as relações de poder entre eles, pois essas relações afetam diretamente o processo decisório que define as estratégias a serem implantadas, assim como a alocação dos recursos. Todos esses processos acontecem em um contexto institucional e em organizações no interior das quais serão definidas as prioridades (FLEURY, 2008).

De acordo com Moreno Fuentes (2013), um dos traços distintivos das políticas de saúde em relação às demais políticas sociais é a possibilidade de que o mercado atue como provedor dos serviços de saúde, embora o Estado deva controlá-lo na medida em que ele descumpra as condições básicas necessárias para funcionar de maneira eficiente na provisão de tais serviços. Segundo o autor, isso é uma consequência das fortes assimetrias de informação existentes, dado tratar-se de uma área extremamente técnica. Além disso, não há uma concorrência perfeita, o que demandaria uma pluralidade de provedores de serviços que não existe na prática, uma vez que a oferta tende a ser limitada. Por fim, destaca-se a existência de externalidades negativas como, por exemplo, a ameaça que representa, para o conjunto da sociedade, um indivíduo que padece de uma enfermidade infectocontagiosa e não tem acesso ao tratamento, colocando em risco todos aqueles ao seu redor.

O exemplo anterior nos permite introduzir outro conceito chave deste marco teórico que é o **acesso**. Há um certo consenso em afirmar que o **acesso aos medicamentos** constitui um desafio importante que os sistemas e as políticas de saúde devem enfrentar (BERMUDEZ et al., 2004; TOBAR et al., 2012; LEMA SPINELLI, 2015; ORTEGA GOMEZ, 2016). Contudo, não há consenso na definição de “acesso”, derivando não apenas em uma grande quantidade de acepções, mas também em diferentes dimensões que os autores consideram necessárias para promovê-lo. Penschasky e Thomas (1981) afirmavam que o “acesso” era um conceito importante para os pesquisadores em políticas e serviços de saúde que, não obstante, nunca era definido ou mesmo utilizado de forma precisa. Assim, alguns autores se referem ao acesso como a ação de *ingressar* (no sistema de saúde) ou de *utilizar* os serviços de saúde, ao passo que, para outros, trata-se de caracterizar aqueles fatores que influenciam o ingresso ou a utilização dos serviços de saúde (as barreiras de acesso). Penschasky e Thomas (op.cit.) propuseram uma taxonomia da definição de acesso considerando que o termo, na realidade, resumia muitas outras dimensões que atravessam a relação entre os usuários e os serviços de saúde. Essas dimensões são: disponibilidade (*availability*), acessibilidade (*accessibility*), *acomodation*, isto é, a maneira em que se organiza e se produz a atenção, e *affordability*, relacionada à questão econômica dos preços. E, por fim, a aceitabilidade (*acceptability*), isto é, a atitude dos usuários.

As dimensões do acesso variam, se repetem e ganham novas denominações entre os diferentes autores, uma vez que estão fortemente interligadas e não é tarefa fácil separar totalmente uma da outra. Mas é possível afirmar que existe um certo consenso ao considerar que o acesso aos serviços e insumos de saúde envolve questões culturais, geográficas, econômicas, organizacionais e inclusive individuais dos sujeitos (DONABEDIAN, 1973; STARFIELD, 2002; FRENK, 1992). Por outro lado, as diferenças no acesso influenciam não apenas o nível de satisfação dos usuários, mas também a utilização dos serviços e o comportamento dos próprios agentes do sistema de saúde (PENCHASKY; THOMAS, 1981).

Para Bermúdez, et.al (2004), o acesso é um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços ou produtos (oferta), e o consumo real dos mesmos (demanda / necessidade). Na mesma direção, Peter et al. (2008) afirmaram que o acesso é o uso oportuno dos serviços e/ou insumos de acordo com as necessidades, e que as barreiras ao acesso derivam tanto do lado da demanda (usuários) quanto do setor da oferta (ou atenção). Nos países em desenvolvimento, as desigualdades no acesso se aprofundam e os autores apontam, ademais, para uma relação estreita entre a pobreza e as dificuldades no acesso aos serviços e

insumos de saúde. Desse modo, considera-se que é preciso compreender o contexto local e os determinantes do acesso em diferentes cenários ao desenhar as medidas para promovê-lo.

Frost e Reich (2017) argumentam que o acesso não é apenas uma questão técnica relacionada à logística de transportar as tecnologias daqueles que as produzem até os usuários. Para os autores, o acesso envolve também valores sociais, interesses econômicos e processos políticos. Por isso, o acesso precisa tanto de um produto como de um serviço e depende, ademais, de como funciona o sistema de saúde na prática.

Um estudo realizado por Bigdeli et al. (2013) aponta que, no caso específico dos medicamentos, o acesso é muitas vezes abordado de maneira fragmentada, destacando-se um ou outro aspecto dos sistemas de saúde. Após analisarem diferentes intervenções no campo da política pública para promoção do acesso, os autores concluem que a maioria das medidas adotadas, nas últimas décadas, privilegiaram algum aspecto isolado (financiamento, recursos humanos, distribuição, etc.), ignorando a interconexão entre os componentes do próprio sistema de saúde. As consequências disso tem sido que as medidas adotadas alcançaram resultados limitados e de curto prazo, e que não se prolongaram no tempo. Em diálogo direto com esse trabalho, aqui nos propomos compreender o sistema de saúde como um gerador de determinadas ações ou estratégias para a promoção do acesso.

Em resumo, podemos afirmar que existem ao menos quatro correntes interpretativas que abordam o acesso. A primeira entende o acesso como a existência de oferta. A segunda o considera como disponibilidade. A terceira linha o define como uso (consegui-lo e utilizá-lo). E, finalmente, uma quarta linha que defende que o acesso se concretiza quando o insumo é bem utilizado (acesso + uso racional).

Para os fins práticos deste trabalho, foi elaborado o conceito de “**vias de acesso**”, entendidas como aqueles caminhos institucionais que conduzem as usuárias até a aquisição dos contraceptivos, em cada um dos sistemas de saúde estudados (Argentina e Brasil).

No caso dos **contraceptivos**, é possível identificar dificuldades específicas no acesso. Por um lado, como será abordado mais adiante, na hora de formular estratégias que promovam as vias de acesso aos anticoncepcionais, atores externos ao setor da saúde tentam influenciar a tomada de decisões. Alguns deles a favor, como os movimentos e grupos de mulheres que reivindicam direitos sexuais e reprodutivos. Outros contrários, como os grupos religiosos e/ou conservadores que promovem valores sociais mais tradicionais.

O próprio processo político tem influência em como a saúde sexual e reprodutiva é abordada. E o desenho político-institucional dos sistemas de saúde determina quais vias de acesso aos contraceptivos são geradas (ou não).

Dependendo do tipo de contraceptivo (medicamentos ou outros dispositivos como DIU, implantes sub-dérmicos, etc.), a situação pode tornar-se ainda mais complexa, seja pela falta de profissionais capacitados para trabalhar com certos métodos, seja pela ausência de uma política eficaz do gestor municipal, estadual ou federal (ou a forma de interação entre os três níveis de governo) no que se refere ao abastecimento de insumos contraceptivos, ou ao planejamento das unidades de saúde dirigido basicamente à distribuição da pílula anticoncepcional e do preservativo masculino (BONAN et al., 2010).

Para Paul et al. (2016), no que tange à saúde sexual e reprodutiva, uma das principais dificuldades se encontra na emissão de mensagens claras para a população, especialmente quando se trata da população adolescente. Fornecer aconselhamento claro acerca da contracepção é fundamental, mas, na prática, muitas vezes valores pessoais e profissionais se contrapõem. Indo mais além, os autores defendem que a inclusão dos homens como receptores dessas mensagens é crucial. Embora a Argentina e o Brasil tenham tentado incorporar os homens como público alvo dos Programas Nacionais de Saúde Sexual e Reprodutiva, estas iniciativas não foram suficientes para que a responsabilidade frente à contracepção deixe de ser fortemente feminizada.

Segundo Tobar (2008; 2009; TOBAR et al., 2012), o acesso se dá, fundamentalmente, por duas vias: a via comercial e a via institucional. A primeira é quando os usuários adquirem os medicamentos nas farmácias comerciais pagando por eles. Como já mencionado, essa é a principal forma de acesso aos medicamentos, e aos contraceptivos em particular, na América Latina (PAHO, 2012).

A segunda via de acesso aos medicamentos em geral e aos contraceptivos em particular é o chamado canal institucional. O Estado realiza compras centralizadas e distribui os medicamentos de forma gratuita (para os usuários do sistema público) e/ou cofinanciada (pela seguridade social, em alguns casos). Esses canais variam de país para país, segundo a configuração político-institucional do seu sistema de saúde. De qualquer forma, vale a pena destacar que, embora esse mecanismo tenha sido amplamente utilizado, as dificuldades no acesso aos contraceptivos persistem, tanto na Argentina quanto no Brasil, seja pelas dificuldades já mencionadas, seja por outras questões como barreiras geográficas, econômicas ou culturais. No que se refere à barreira cultural, como dito anteriormente, ainda existe em

torno da contracepção uma forte feminização, como se os homens não fossem coresponsáveis pelo planejamento familiar.

Além disso, os próprios programas públicos, por exemplo, na abordagem do preservativo masculino, gerindo a sua compra, distribuição e fornecimento através dos programas de prevenção do HIV e outras DSTs, acabam influenciando na associação que a população faz entre o preservativo e a prevenção de certas enfermidades, deixando em segundo plano a sua função contraceptiva, o que poderia contribuir ainda mais para a feminização em torno da contracepção. Assim, os desafios neste campo são muitos e ainda persistentes (HEILBORN et al., 2009).

1.3 METODOLOGIA

A presente pesquisa desenvolve um estudo qualitativo e comparado de análise de políticas públicas. Trata-se, em grande medida, de um estudo interpretativo, uma vez que pretendeu não só abordar questões descritivas, mas também, e fundamentalmente, analisar a relação entre a política de medicamentos e a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, buscando entender como cada uma delas influenciou na geração de vias de acesso aos contraceptivos e como essa discussão se desenvolveu, em cada país, segundo o tipo de sistema de saúde.

No gráfico a seguir (Gráfico N° 1), apresenta-se de forma resumida a metodologia, seguida de sua explicação.

GRÁFICO N° 1. Metodologia



Fonte: elaboração própria.

A análise comparada, entre casos ou países, é um recurso metodológico clássico da Ciência Política. Nas pesquisas na área das políticas públicas, resulta relevante a metodologia comparada, pois ela constitui uma ferramenta técnica que permite entender, analisar e até elaborar generalizações sobre o objeto de estudo (PRISCOFF; MONJE, 2003). Dessa forma, na área das políticas públicas, muitas vezes utiliza-se a comparação com fins operativos, uma vez que, a partir de um estudo comparado, é possível melhorar a compreensão de problemas compartilhados e ampliar o leque de opções para a tomada de decisão (MENY; THOENIG, 1992).

A comparação aprimora nossa capacidade de descrição contribuindo, assim, para o entendimento dos elementos comuns e diferenciadores frente a um mesmo problema. O desafio de entender a experiência de outros países dependerá da nossa capacidade de compreensão daquelas questões nas quais eles são mais diferentes ou mais similares (MARMOR et al., 2012).

Para Peters (1999), o método comparado resulta pertinente ao estudo da ação pública porque quase todos os sistemas políticos atribuem tarefas relativamente comuns ao aparelho público, e as estruturas nas quais conduzem a administração ou gestão também são relativamente similares. Dessa forma, a comparação permite reconhecer com facilidade as suas estruturas e funções, bem como os atores mais relevantes.

O método comparado também é pertinente para a análise de políticas públicas porque permite analisar os problemas ligados ao como e porquê de determinada ação pública e, assim, conhecer os detalhes que a caracterizam. O pesquisador precisará definir quantos e quais casos comparar. O propósito é coletar informação abrangente, sistemática e em profundidade sobre os casos de interesse (TOBAR, 2006).

Segundo Sartori (1994), quando duas entidades são iguais em tudo, compartilhando as mesmas características, é como se elas fossem a mesma entidade e, portanto, não faria sentido compará-las. Por outro lado, se as duas entidades são completamente diferentes, a comparação também seria inútil. Assim, as comparações, para serem possíveis, deverão tratar de casos que possuam algumas características similares e outras não.

Para os fins do presente trabalho, foram escolhidos dois casos: Argentina e Brasil. Ambos os países estão em vias de desenvolvimento e pertencem à mesma região geográfica. Mais importante, ambos têm implantado uma abordagem da saúde sexual e reprodutiva associada à promoção do acesso aos contraceptivos. Por outro lado, os sistemas de saúde da

Argentina e do Brasil apresentam um desenho institucional diferente. Segundo a tipologia de modelos de proteção social expressa por Fleury (1994), na qual podem ser incluídos os sistemas de saúde, o Brasil apresenta um sistema de saúde de tipo universal, enquanto a Argentina apresenta um sistema que se aproxima do tipo da seguridade social. Ambos os sistemas têm introduzido mecanismos de mercado, critérios de focalização e privatização não só na área da saúde, mas também nas suas políticas sociais em geral (VELÁSQUEZ et al., 2001).

1.4 MARCO CONCEITUAL

Nesta pesquisa, apoiamo-nos em um arcabouço conceitual de análise de políticas de saúde, compreendendo que a construção de políticas nesta área constitui um processo complexo envolvendo múltiplos atores e diferentes domínios, tais como o Estado, a sociedade e o mercado. Aqui, o marco conceitual de análise de políticas de saúde auxiliou na compreensão do objeto de estudo, qual seja, as vias de acesso aos contraceptivos nos sistemas públicos de saúde na Argentina e no Brasil. Dado trata-se de um fenômeno atravessado por diferentes áreas, optou-se por analisar aqui as interseções entre a política de medicamentos, por um lado, e a abordagem de SSR, por outro. Dessa forma, o marco conceitual aporta diferentes óticas para o estudo de um fenômeno complexo, sendo fundamental não apenas na orientação da pesquisa, mas também na interpretação dos resultados. Ou seja, o marco conceitual constitui o “caminho a seguir” da pesquisa (BERENQUERA et al., 2014).

Segundo Arretche (1996), as possibilidades de desenho institucional de uma política pública são as mais diversas. No caso específico da área da saúde, por exemplo, dependerá das relações entre o setor público e o setor privado, das formas de financiamento, das modalidades de prestação de serviços, entre outros fatores. Nesse sentido, a análise de políticas deve identificar e ressaltar certas características que permitam um melhor entendimento do desenho institucional e dos traços constitutivos de determinada ação pública.

Na presente pesquisa, foi analisado o tratamento que dois países, Brasil e Argentina, têm dado à questão das vias de acesso aos contraceptivos. Para tal, observou-se como os sistemas públicos de saúde nesses países desenvolveram a discussão entre a abordagem da política de medicamentos, por um lado, e a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, por outro, com o fim de criar vias de acesso para as usuárias de contraceptivos.

A seguir, algumas perguntas norteadoras da pesquisa:

TABELA Nº 1. Perguntas norteadoras

O quê?	Vias de acesso à contracepção
Quem?	População Geral, com foco nas mulheres
Onde?	Argentina e Brasil
Quando?	Entre 2003 e 2015, período em que ambos os países contavam tanto com uma política de medicamentos quanto com uma estratégia institucional ativa no que se refere à saúde sexual e reprodutiva (PNSSPR, na Argentina, e PNAISM, no Brasil).
Por quê?	Estudos anteriores (BONAN, 2010; CEPAL, 2010; ARGENTINA-ENSSyR, 2013; PEREIRA VONK, 2013; MODOLON ALANO, 2013; UNFPA, 2014a; UNFPA 2014b) apresentam dados sobre oferta irregular de contraceptivos nos sistemas de saúde e dificuldades no acesso, principalmente para mulheres de nível sócio- econômico baixo.
Como?	Pesquisa qualitativa e comparada de análise de políticas públicas, que pretendeu não só abordar questões descritivas, mas também, e fundamentalmente, analisar a discussão entre a política de medicamentos e a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, buscando entender, ademais, como cada uma delas influenciou a geração de vias de acesso aos contraceptivos e como esta discussão se desenvolveu segundo o tipo de sistema de saúde.

A partir do exposto, foram elaboradas algumas hipóteses:

- As vias de acesso aos contraceptivos parecem reproduzir a fragmentação inerente aos sistemas de saúde;
- As decisões em matéria de política de medicamentos parecem ter mais influência nas vias de acesso aos contraceptivos do que as estratégias de saúde sexual e reprodutiva.

Nesta direção e para as finalidades práticas da presente pesquisa, foi elaborado um modelo comparativo de análise que permitiu mapear as vias de acesso aos contraceptivos em ambos os países. Para tal, o modelo foi dividido em três partes:

1. Uma matriz de dados (Nº1) com indicadores específicos dos sistemas de saúde. As dimensões, baseadas em categorias utilizadas em estudos anteriores de comparação de

sistemas de saúde (PAPANICOLAS, 2013; LAURELL, 2013; MARMOR, 2012; SMITH, 2012), são: estrutura institucional, financiamento, organização dos serviços e cobertura de medicamentos.

MATRIZ N°1. Sistemas de Saúde

Dimensões	Países	
	Argentina	Brasil
Estrutura		
Financiamento do sistema		
Organização dos Serviços		
Cobertura de medicamentos		

2. Uma segunda matriz de análise (N° 2) que permitiu descrever, de forma comparada, as políticas de saúde sexual e reprodutiva implantadas na Argentina e no Brasil.

MATRIZ N°2. Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva

DIMENSÕES	Países	
	Argentina PNSSyPR (2003)	Brasil PNAISM (2004)
Universalidade		
Integralidade		
Intersetorialidade		

3. Uma terceira matriz de análise (N° 3) baseada na literatura que investiga o desenho das políticas de medicamentos (WHO 2003; VELAZQUEZ 2004; BERMÚDEZ, et.al, 2004; UGALDE; HOMEDES, 2007; TOBAR 2009; SEITER, 2010; ROVIRA, 2011; ROBERT; REICH, 2011; TOBAR et al., 2012; KANAVOS, 2014; HASSALI et al., 2014; HAFNER et al., 2016), que auxiliou na compreensão do caso específico do acesso aos contraceptivos nos respectivos sistemas de saúde. As dimensões são: política-sanitária, econômica e industrial, e suas subdimensões.

MATRIZ N° 3. Tipologia das Política de Medicamentos com foco nos contraceptivos

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO	PAÍSES	
		Argentina	Brasil
POLÍTICA – SANITÁRIA	Provisão Pública		
	Existência de mecanismos de co-pagamento		
ECONÔMICA	Regulação/control de preços		
	Promoção dos medicamentos genéricos		
INDUSTRIAL	Incentivos à produção pública		

A partir desses elementos e da análise dos dados disponíveis, a pesquisa não só abordou questões descritivas, mas também analíticas que permitiram atingir o objetivo principal do projeto: analisar a relação entre a configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil e as políticas de promoção do acesso aos contraceptivos nesses países.

1.5 FONTES DE INFORMAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida por meio de:

- 1) Revisão bibliográfica;
- 2) Análises de documentos oficiais dos países envolvidos;
- 3) Outras fontes eletrônicas, tais como: páginas web oficiais dos Ministérios da Saúde de ambos países, das agências nacionais reguladoras de medicamentos e de organismos internacionais (OMS, OPAS, UNFPA, OCDE, CEPAL, entre outros);
- 4) Entrevistas informais com “atores-chave”. Denomina-se assim uma técnica de coleta de dados qualitativos, na qual a palavra é o elemento central. Um roteiro pode ou não ser utilizado como um gatilho para os temas que se pretende abordar e, frequentemente, auxilia na revisão de documentos (ORELLANA LÓPEZ; SÁNCHEZ GÓMEZ, 2006).

Foram realizadas seis entrevistas. A seleção dos participantes foi intencional, de modo a incluir profissionais atuantes nos seguintes segmentos: setor público, organismos

internacionais e academia. Por outro lado, tratou-se que a seleção incluísse, igualmente, aqueles dedicados à saúde sexual e reprodutiva e outros com um trabalho mais próximo à política de medicamentos. Em alguns casos, os entrevistados contavam com uma trajetória profissional ampla que atravessava os diferentes segmentos, e/ou já tinham trabalhado tanto na área da saúde sexual e reprodutiva quanto no acesso aos medicamentos.

Os profissionais selecionados foram convidados, por e-mail, a participar de uma entrevista confidencial via *Skype* (por questões logísticas). Em anexo ao convite, foram enviados um pequeno resumo do projeto de pesquisa, informações pessoais sobre a pesquisadora principal (doutoranda) e seu vínculo institucional com o Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF - Niterói, RJ, Brasil), assim como os dados da professora orientadora da tese. Além disso, foi disponibilizado o envio de informações complementares, caso fossem solicitadas pelos participantes, o que não ocorreu em nenhum caso.

Doze pessoas foram contatadas, em mais de uma ocasião, das quais seis concordaram em realizar a entrevista. Três profissionais do Brasil não responderam ao convite e três argentinos aceitaram participar, mas não compareceram.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e julho de 2017. Como um instrumento norteador da conversa, adotou-se um questionário semiestruturado e adaptado para cada país. Os temas foram abordados de maneira aberta, aguardando a reação espontânea dos participantes e permitindo que eles expressassem sua opinião sobre o assunto. Todos os temas abordados foram debatidos e esgotados. Em função disso, as entrevistas duraram cerca de uma hora, embora algumas tenham superado os 60 minutos de duração.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, após a elaboração prévia do questionário. O objetivo era que os gatilhos do questionário contribuíssem para sanar as dúvidas e/ou questões levantadas na revisão das fontes secundárias. Após a realização das entrevistas, as notas e informações obtidas foram analisadas como complemento aos dados secundários da pesquisa.

Quanto às recusas, de um modo geral, foi possível observar que, no caso brasileiro, os participantes em grande medida temiam expressar a sua opinião política, o que é compreensível no contexto político atual do país. No caso argentino, houve uma negativa direta de participar e contribuir com a pesquisa, sem maiores justificativas.

O trabalho, além da introdução, marco teórico e metodologia, se organiza da seguinte forma:

Capítulo 1. Apresenta os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil destacando-se as dimensões: estrutura, financiamento, organização dos serviços e cobertura de medicamentos.

Capítulo 2. Apresenta a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva na Argentina e no Brasil nos anos 2003-2015, começando por uma contextualização regional até a temática chegar na agenda pública de ambos os países. Além disso, se apresentam as posições dos diversos “atores chave”. Finalmente se apresenta uma análise sobre a presença (ou não) de alguns princípios norteadores das políticas de saúde em geral. Os princípios selecionados são: universalidade do acesso, integralidade das ações implementadas e intersetorialidade com outras áreas da política pública.

Capítulo 3. Apresenta uma análise comparada das políticas nacionais de medicamentos na Argentina e no Brasil, com foco nos contraceptivos nos anos 2003-2015. No capítulo são descritas as políticas de ambos os países, o contexto do seu surgimento e o seu financiamento (não apenas pelo setor público, mas também pelos diferentes agentes que compõem o sistema de saúde desses países - planos privados e agentes da seguridade social, no caso argentino-). Além disso, buscou-se compreender a operacionalização dessas políticas na prática, isto é, desde a compra dos medicamentos até a sua distribuição para os usuários. Com essa descrição, buscou-se, ademais, analisar as dimensões: sanitária, econômica e industrial, da política.

Finalmente são apresentadas as conclusões.

2 CAPÍTULO I – SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA E DO BRASIL

Neste capítulo, serão apresentados os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil em perspectiva comparada. Com esse objetivo, foi elaborada uma matriz com dimensões que permitissem a comparação. Para que a comparação seja possível, é necessário utilizar um número significativo de variáveis, de tal forma que seja possível enfrentar a complexidade da questão. As dimensões analisadas aqui, baseadas em categorias utilizadas em estudos anteriores de comparação entre sistemas de saúde (PAPANICOLAS, 2013; LAURELL, 2013; MARMOR, 2012; SMITH, 2012), são: estrutura institucional, financiamento, organização de serviços e cobertura de medicamentos.

Segundo Marmor et al. (2012), a análise comparada na área das políticas de saúde contribui para entender os arranjos nacionais de cada país e como eles operacionalizam as suas ações. Além disso, ajuda na compreensão do próprio sistema de referência do/a pesquisador/a, pois muitas vezes conseguimos entender melhor o nosso próprio sistema a partir da comparação com outro. Assim, comparar políticas pode ajudar a responder à pergunta de porque as políticas são de certa forma e não de outra. Da mesma forma, a comparação permite obter uma nova perspectiva sobre problemas compartilhados, sempre que as dimensões observadas sejam as mesmas e/ou comparáveis entre si. Nesse sentido, é fundamental especificar o máximo possível as características de cada um dos sistemas que serão comparados.

MATRIZ N°1. Sistemas de Saúde

Dimensões	Países	
	Argentina	Brasil
Estrutura		
Financiamento do sistema		
Organização dos Serviços		
Cobertura de medicamentos		

Segundo Van Teijlingen et al. (2015), a comparação entre os sistemas de saúde de diferentes países proporciona uma lente para observar a sua organização e as suas estratégias para a prestação de serviços. Os autores também defendem que observar o mesmo assunto desde um ângulo diferente permite questionar as práticas correntes, sua efetividade e eficácia.

Dessa forma, a análise comparada pode contribuir para a elaboração das mudanças necessárias para atingir as necessidades da população. Por outro lado, os autores mencionam que a comparação traz alguns desafios que deverão ser enfrentados, como, por exemplo, termos sempre em consideração o fato de que uma estratégia funcionar perfeitamente bem em determinado contexto não é garantia de que ela funcionará em qualquer outro.

No caso da Argentina e do Brasil, ainda que cada um deles tenha vivenciado um processo diferente de constituição e desenho do seu sistema de saúde, na atualidade, os problemas e questões que eles enfrentam são bastante similares: problemas no acesso, na fragmentação do sistema, na cobertura dos serviços e insumos, nos recursos humanos, entre outros. Tal situação se materializa em resultados desfavoráveis nos indicadores de saúde da população, como evidenciam algumas taxas de morbidade e mortalidade.

No Brasil, com o processo de redemocratização na década de 1980, foi possível discutir transformações no setor da saúde. Na Argentina, ainda sem uma “reforma sanitária do tipo brasileiro”, esses debates continuam um tanto difusos até os dias de hoje. Dessa forma, fica evidente que os processos que antecederam a configuração institucional atual dos sistemas de saúde em ambos os países têm sido não só diferentes, mas também, e principalmente, influenciadas pela conjuntura que cada um deles estava vivenciando nas épocas fundacionais. Neste sentido, a análise comparada desses dois sistemas pode auxiliar no entendimento de cada processo individual, bem como trazer uma nova perspectiva para entender as respostas, em termos de política pública, aos problemas compartilhados entre eles.

No que tange à configuração político-institucional dos sistemas de saúde, Moreno Fuentes (2013, p. 249) afirma:

O agrupamento de países em torno de uma série de características básicas dos seus sistemas de saúde não coincide exatamente com as tipologias clássicas dos regimes de bem-estar social, de Esping-Andersen (1990). Contudo, essas tipologias são úteis como ferramentas heurísticas para compreender a estruturação dos sistemas de saúde (tradução nossa).

Nessa direção, é possível agrupar os sistemas sanitários em três grandes categorias, nas quais é possível incluir os países analisados neste trabalho: sistemas universalistas (modelo social-democrata), dentre os quais se inclui o Brasil; sistema de seguridade social (modelo corporativista-conservador), que caracteriza o modelo argentino; e, finalmente, a seguridade privada (modelo liberal). Não obstante essa classificação, cabe ressaltar que tanto

a Argentina quanto o Brasil têm adotado elementos do modelo liberal, com certo grau de privatização e mercantilização dos seus sistemas de saúde (VELAZQUEZ, 2001).

Para os fins práticos da presente pesquisa, a escolha de certas dimensões a serem observadas em ambos os sistemas de saúde se baseou em critérios utilizados em trabalhos anteriores, como dito anteriormente. A seguir, serão apresentados os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil.

2.1 ARGENTINA

A Argentina é um país federal composto por 23 províncias (estados) e a Cidade Autônoma de Buenos Aires, que constitui uma quase-província. Na Constituição Nacional vigente (a última reforma data do ano de 1994), não há menção explícita ao direito à saúde. Porém, a saúde na Argentina é considerada um direito a partir da sua adesão a tratados internacionais que o país tem ratificado, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25).

O acesso à saúde no país é definido de maneira ampla, sem discriminação de cobertura nem níveis de atendimento. Além disso, consagrou-se na Lei de Migrações (No. 25.871), do ano de 2003, o direito ao acesso não discriminatório do imigrante e de sua família aos serviços de saúde (MSAL, 2013).

2.1.1 Estrutura

O sistema de saúde argentino está baseado em uma estrutura política federal profundamente descentralizada na provisão e administração dos serviços de saúde. Está composto de três subsetores: público, seguridade social e privado. A existência desses três subsetores evidencia a fragmentação do sistema de saúde em seu conjunto, apresentando também altos níveis de fragmentação no interior de cada um dos subsistemas em particular (MEDINA; NARODOWSKI, 2015; TORRES, 2015; MORGESTEN, 2012; CETRÁNGOLO, 2011).

O **subsistema público** envolve todos os prestadores de serviços de saúde (nacionais, provinciais e municipais), nos três níveis de atendimento, através dos programas sanitários que visam garantir ações de prevenção e atendimento à saúde. O setor público provém serviços de saúde de acesso livre e gratuito (MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

Entre os muitos problemas do setor e, diferentemente do que acontece em outros países da América Latina, não há um problema de acessibilidade (garantida a todos os argentinos), mas, principalmente, diferenças de qualidade entre os 3 subsetores e, ainda, no interior deles mesmos. Da mesma forma, a complexa situação de conflitualidade, como norma nas relações entre a Nação (nível federal) e as províncias, impacta decisivamente na organização do setor, uma vez que a rede de serviços do sistema é inteiramente dependente do nível provincial (TORRES, 2015, tradução nossa).

Também compõem o subsetor público os organismos regulatórios e de controle. A *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT), instituída pelo Decreto 1490 de 1992, é um órgão descentralizado da Administração Pública Nacional encarregado de zelar pela eficácia, segurança e qualidade dos alimentos, medicamentos e de outros dispositivos médicos. De outro lado, encontra-se a *Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud* (ANLIS), criada pelo Decreto 1628 de 1996, cuja função é executar políticas sanitárias no que tange à prevenção, ao diagnóstico referencial, à pesquisa e ao tratamento de doenças tóxico-infecciosas, de base genética, nutricional e não transmissíveis. A ANLIS é responsável também pela produção e pelo controle de qualidade de imunológicos, pela realização de estudos epidemiológicos, pela docência e capacitação de recursos humanos. Por último, a *Superintendencia de Seguros de Salud* (SSS), que cuida da fiscalização, do controle e da regulação da seguridade social, com foco nas chamadas *obras sociales nacionales* (BELLÓ; BECERRIL MONTEIKO, 2011).

O **subsistema da seguridade social** atende aos trabalhadores do setor formal da economia (trabalhadores com carteira assinada), ativos e aposentados, e seus grupos familiares. A gestão fica a cargo das “*Obras Sociales*” – OS – que operam como seguros de saúde, não constituindo um grupo homogêneo. Dessa forma, o subsetor das instituições de seguridade social é formado pelas *Obras Sociales Nacionales* – OSN (quase 300, divididas por ramos de atividade econômica); as *Obras Sociales Provinciales* – OSP (que são 24 e oferecem cobertura aos funcionários públicos dos governos provinciais e municipais); as chamadas “*Otras*” (outras), compostas por aquelas *obras sociales* que atendem aos funcionários das forças de segurança, dos poderes legislativo e judiciário, entre outros; e o *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* – INSSJP – mais

conhecido como PAMI, que financia serviços prestados majoritariamente por instituições privadas e médicos contratados, e seus beneficiários são os trabalhadores aposentados (MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

As disparidades na qualidade de cobertura, nos recursos disponíveis e nas modalidades de contratação são enormes (TORRES, 2015). Cada um dos quatro tipos de OS é regulado, controlado e fiscalizado por organismos e normativas diferentes⁹, o que fragmenta ainda mais o funcionamento do subsetor.

TABELA Nº 2. Órgãos de Controle dos Agentes da Seguridad Social

<i>Obras Sociales</i>	Órgão de Controle
OSN	<i>Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)</i>
OSP	Tribunais de Contas provinciais
“Outras”	<i>Auditoría General de la Nación (AGN- SIGEN)</i>
PAMI	Sindicância Interna

Fonte: elaboração própria (baseado em Torres, 2015).

Existe um *Fondo Solidario de Redistribución* entre as entidades do sistema, mantido por um subsídio automático para o pagamento de serviços de alto custo. Porém, as diferenças entre OS são grandes no que se refere aos recursos disponíveis per capita. Durante a década de 1990, com o chamado processo de desregulamentação do setor, foi permitida aos beneficiários da seguridad social a livre escolha de OS, o que é absolutamente legítimo, mas o processo foi desenhado de tal forma que os níveis de inequidade aumentaram, uma vez que facilitou a saída daqueles beneficiários com faixa de renda superior para o setor privado de planos de saúde, retirando a sua contribuição para o fundo solidário e quebrando a lógica institucional solidária do setor (TORRES, 2015; MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

Por fim, o **subsetor privado** compreende: a) os profissionais independentes prestadores de serviços; b) os estabelecimentos assistenciais privados contratados pelas OS; c) as seguradoras (chamadas “*prepagas*”) que atendem geralmente aos cidadãos de salários médios e altos e seus familiares, dado que o acesso depende da capacidade de pagamento individual.

O setor das seguradoras se desenvolveu na Argentina a partir da década de 1960, alcançando seu auge na década de 1990. Em 1994, com a desregulamentação das *obras*

⁹ As OSN possuem um marco legal homogêneo composto por duas leis, Lei 23.660 e Lei 23.661, ambas do ano de 1989. O órgão de controle é a SSS. Entretanto, as OSP carecem de normas conjuntas e cada província possui sua própria legislação.

sociales, foi permitido à população escolher a qual OS destinar suas contribuições, inclusive fora dos seus ramos de atividade, e/ou optar por transferir as suas contribuições a uma seguradora privada. Neste último caso, às vezes, as pessoas acabam fazendo algum pagamento extra, do próprio bolso, para atingir o valor da cota (MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

Calcula-se que o setor das seguradoras tem cerca de seis milhões de usuários, dos quais apenas 32,6% correspondem a associados diretos, enquanto a maioria provém das OSN, exercendo o seu direito à opção. Seis empresas concentram 80% do faturamento do setor e 59% do total de afiliados.¹⁰ 70% dos beneficiários das seguradoras residem na Cidade Autônoma de Buenos Aires e na província de Buenos Aires, e os 30% restantes se distribuem nas outras 22 províncias (TORRES, 2015).

O setor da medicina privada tradicionalmente tem sido pouco regulado na Argentina onde, à diferença do Brasil, não existe uma agência estatal específica para desempenhar tal função. Em 1996, com a aprovação da Lei 24.754, as seguradoras foram obrigadas a garantir aos seus beneficiários a cobertura mínima estabelecida pelo *Programa Médico Obligatório* (PMO), à mesma maneira das OS. Contudo, faltava ainda o estabelecimento de alguma normativa que delimitasse melhor seus direitos e obrigações. Recentemente, em 2011, foi sancionada a Lei 26.682 que, no entanto, não encerrou as polêmicas em torno deste setor, por exemplo, ao definir os beneficiários como consumidores e enfatizar a defesa dos direitos de consumo, sem buscar integrar o setor privado a uma política nacional de saúde (TORRES, 2015). Além disso, após a aprovação da lei, as seguradoras continuaram impondo períodos de carência, recusando beneficiários em função da preexistência de determinadas enfermidades, de idade e sexo, entre outras restrições (MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

Abaixo (Gráfico Nº 2), são apresentadas as proporções da cobertura populacional por subsetores na Argentina.

¹⁰ OSDE Swiss Medical, Galeno, Omint, Medicus e Medife.

GRÁFICO N° 2. Cobertura Populacional na Argentina por subsetor, 2015



Fonte: elaboração própria (baseado em MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

2.1.2 Financiamento

A origem dos fundos utilizados para o financiamento do **subsetor público** são os impostos gerais. O Ministério da Saúde realiza transferências às províncias e, além disso, executa programas nacionais articulados no marco da Política Sanitária Federal. A execução desses programas envolve transferências monetárias e de serviços, tais como oficinas de capacitação, serviços médicos, vacinas e medicamentos em geral (MSAL, 2013). Segundo Torres (2015), existe grande diferença entre as províncias nos recursos destinados à saúde pública. A atenção à saúde nas províncias é financiada com recursos da coparticipação federal e através de impostos que elas mesmas arrecadam. Não existem mecanismos redistributivos explícitos, por exemplo, para ajudar as províncias mais carentes.

Os governos nacionais tenderam a concentrar os recursos e a utilizá-los discricionariamente, inclusive para ganhar lealdades provinciais e manter o controle excessivo sobre as autonomias dos entes federativos. Assim, torna-se imprescindível a criação de um fundo que seja distribuído através de uma fórmula objetiva, baseada no tamanho da população e na pobreza social e fiscal das províncias, que assegure o piso comum de direitos sociais e que evite o uso político do governo nacional; que não evite a coparticipação, mas que ajude a corrigi-la (TORRES, 2015, pág. 31, tradução nossa).

No que tange à **seguridade social**, as fontes de financiamento são as contribuições salariais compulsórias dos trabalhadores e empregadores. Em caso de déficit, o setor público realiza transferências para financiá-lo (MEDINA; NARODOWSKI, 2015). Como já

mencionado, o setor da seguridade social é profundamente heterogêneo, o que se reflete também na sua forma de financiamento. Sendo assim, por exemplo, as percentagens das contribuições de trabalhadores e empregadores variam segundo se trate das OSN, das OSP ou das chamadas “Outras” (TORRES, 2015).

Por outro lado, a Administração Federal de Impostos retém uma porcentagem dessas contribuições, relativa à renda total de cada OS, que é direcionada para o Fundo Solidário de Redistribuição. A função dessa retenção é redistribuir recursos para complementar a contribuição dos afiliados de mais baixa renda e financiar um conjunto limitado de serviços e insumos médicos exigidos para o tratamento de doenças catastróficas.

O financiamento do **PAMI**, que brinda cobertura para 91% da população com 65 anos ou mais, se dá através de várias fontes: contribuições dos trabalhadores ativos, dos setores patronais, de passivos públicos e do Tesouro Nacional (MEDINA; NARODOWSKI, 2015)

Por sua vez, o **setor privado das seguradoras**, como já mencionado, é financiado pelo pagamento direto por parte dos beneficiários ou pela transferência das suas contribuições, exercendo o direito à escolha (MEDINA; NARODOWSKI, op.cit.).

2.1.3 Organização dos serviços de saúde

Além da fragmentação e da segmentação comuns em muitos sistemas de saúde, na Argentina, adicionam-se também problemas ligados à organização jurídico-territorial e à transferência de responsabilidades entre as jurisdições (TORRES, 2015). Durante a década de 1990, a descentralização se consolidou fundada na ideia de superar os problemas da gestão central, tornando o sistema mais capilar e responsivo às necessidades da população, mas, na prática, tratou-se de uma estratégia para reduzir o gasto público e o déficit fiscal (transferindo responsabilidades para os outros níveis de gestão) e para a troca de favores políticos. Assim, a descentralização na área da saúde foi um processo gradual, com a transferência de hospitais do nível central para as províncias e, em alguns casos, para os municípios. A situação tornou-se complexa também porque não existe uma definição constitucional sobre as atribuições do governo federal em matéria de equidade no acesso aos serviços, o que, somado a uma ampla oferta de serviços de saúde por parte da seguridade social, gera no país uma grande dispersão nas coberturas e dificuldades na coordenação de políticas. Ademais, não existe uma legislação que defina claramente as diretrizes da política sanitária para todo o país.

Os processos de descentralização ocorridos na Argentina não tiveram as motivações clássicas das reformas que tratam de resolver, via descentralização, os problemas de revelação de preferências através da participação dos cidadãos na definição das políticas” (CENTRÁNGOLO, 2011, tradução nossa).

Como consequência disso, a organização dos serviços de saúde também reflete a fragmentação e as diferenças entre os setores. No **setor público**, o primeiro nível de atendimento é de responsabilidade dos municípios e a disparidade, em termos de capacidade de gestão e de arrecadação, entre esses entes federativos é muito grande. Medina e Narodowski (2015) afirmam que um importante problema deste primeiro nível é a falta de equilíbrio na distribuição das tarefas e dos gastos entre os hospitais e os Centros de Atenção Primária (CAPS), o que tem sido enfrentado, em outros países, pela figura das equipes multidisciplinares e o papel preponderante do médico de família.

O segundo e o terceiro níveis de atendimento na Argentina são constituídos pelos hospitais públicos - sejam eles nacionais, provinciais ou municipais - e incluem serviços amplos e gratuitos. Cada província tem autonomia para definir a parte do seu orçamento que destinará para a saúde, constituindo, cada uma delas, quase um sistema de saúde próprio, separado dos outros. Dessa forma, ainda que o acesso esteja garantido para a população em nível nacional, as inequidades na oferta e na qualidade dos serviços prestados podem ser enormes.

Na **seguridade social** e no **setor privado**, a porta de entrada para o atendimento não se encontra claramente definida, com exceção do PAMI, onde o atendimento se operacionaliza sob a lógica do *Médico de Cabecera* (similar ao médico de família), que atua como porta de entrada ao sistema e é quem encaminha o paciente para o especialista quando necessário. Como afirma o entrevistado N° 5: “*No PAMI, existe sim a lógica de organização por níveis de atendimento. A pessoa precisa ir no médico de família para ser encaminhado ao especialista*” (tradução nossa).

Em 1996, por meio do Decreto 247, foi instituído o *Programa Médico Obligatório* (PMO), uma gama de bens e serviços destinados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento médico e odontológico, que os beneficiários da seguridade social e do subsistema privado (*prepagas*) têm direito a receber (CENTRÁNGOLO, 2011). Porém, no que tange à seguridade social, essas exigências só se aplicam para os beneficiários das OSN e, às demais OS, se aplica a legislação de cada província.

No ano de 2000, a Portaria No. 939 do Ministério da Saúde explicitou alguns benefícios e serviços mais que seriam cobertos. Em 2002, o Decreto 486 declarou Emergência Sanitária no país e instituiu o *Programa Médico Obligatorio de Emergencia* (PMOE), baseado na atenção primária (APS) como estratégia de organização dos serviços sanitários e privilegiando as ações de prevenção. Entre os programas incluídos no PMOE, encontram-se: o *Plan Materno Infantil* (sigla); os programas de prevenção de cânceres femininos, a odontologia preventiva e o *Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PSSyPR). No segundo nível de atendimento, estão incluídas as consultas médicas com especialistas, as práticas de diagnóstico, os tratamentos de reabilitação, outras práticas ambulatoriais como hemodiálises, cuidados paliativos, próteses, internações, saúde mental, medicamentos e os serviços de alto custo e baixa incidência (CETRÁNGOLO, 2011; MSAL, 2013).

O restante da população, que recebe atendimento exclusivamente através do setor público, não possui garantias explícitas, com exceção dos beneficiários de dois programas nacionais: *Programa Federal de Salud* (PROFE) e *Plan Nacer*. O primeiro assegura o cumprimento das políticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e o exercício do direito, por parte dos beneficiários de pensões não contributivas, de receber serviços de saúde conforme estabelecido pelo PMO. O *Plan Nacer*, por sua vez, proporciona cobertura explícita de saúde para crianças menores de 6 anos sem o benefício da seguridade social, para mulheres grávidas ou no puerpério (até 45 dias após o parto) e que também não possuam cobertura da seguridade social. O programa teve início no ano de 2005 e se estendeu por todo o país, introduzindo um modelo de gestão baseado na APS e na utilização efetiva dos serviços de saúde por parte da população (MSAL, 2013).

2.1.4 Cobertura de medicamentos

Em função da forma heterogênea de organização do sistema de saúde argentino, a população, de acordo com o tipo de cobertura que possui, tem diferentes formas de co-financiamento para os medicamentos, principalmente os ambulatoriais. Assim, o financiamento (ou co-financiamento) de medicamentos na Argentina é realizado por quatro tipos de agentes: o Estado, a seguridade social, os planos privados e o PAMI (FALBO, 2003).

Tanto os planos privados quanto as OS da Seguridade Social co-financiam 40% do custo dos medicamentos ambulatoriais. Na prática, isso significa que o paciente recebe um

desconto de 40% no momento da compra do medicamento na farmácia, e deverá pagar os 60% restantes (VASALLO e FALBO, 2007). Em alguns planos privados, o valor da cobertura em medicamentos ambulatoriais supera os 40%.

No caso do PAMI, a cobertura em medicamentos pode atingir até 70% do valor no caso de alguns medicamentos e, assim, a percentagem que os beneficiários deste setor deverão pagar, no momento da compra, é ainda menor.

O quarto agente financiador, o Estado (em seus diferentes níveis de governo – Federal, Provincial e Municipal) realiza compras institucionais e centralizadas, e fornece os medicamentos de forma gratuita aos beneficiários dos diferentes programas específicos.

Vale a pena destacar que, no começo da década de 2000, a Argentina atravessou um período recessivo. Em dezembro de 2001, eclodiu uma crise política, social, econômica e institucional. A recessão econômica e a queda do consumo em geral, assim como a desvalorização da moeda (fim do regime de conversibilidade) e o déficit na balança comercial, afetaram o funcionamento do país como um todo. Nesse contexto, nasceu a Política Nacional de Medicamentos (2002), desenhada no marco do sucateamento da seguridade social, do aumento da população sem cobertura (como consequência da queda nos índices de emprego formal), da ampliação dos níveis de pobreza, do processo inflacionário e da queda do poder aquisitivo em geral, e de um significativo aumento nos preços dos medicamentos (durante o regime da conversibilidade e posteriormente à depreciação da moeda). Em consequência da profunda crise que atravessou o país, $\frac{3}{4}$ dos argentinos passaram a demandar serviços de saúde do setor público (TOBAR, 2016). Naquele momento, *“como medida de urgência, o Ministério de Saúde acordou com a Indústria Farmacêutica o congelamento dos preços de uns 200 produtos. Mas a assimetria de informação entre o governo e a indústria fez com que esse tipo de acordo não fosse sustentável”* (Entrevista N° 6, tradução nossa).

Nesse contexto complexo, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos que teve, desde o início, três componentes fundamentais: 1) a promoção da prescrição de medicamentos pelo nome genérico (a partir da promulgação da Lei N° 25.649, de 2002); 2) a racionalização do financiamento outorgado às OSN, por meio das mudanças impostas ao PMO (o objetivo era promover a acessibilidade dos medicamentos); e 3) a provisão pública universal e gratuita de medicamentos essenciais através do Programa REMEDIAR (CONAPRIS, 2007; TOBAR, 2016)

1) A promoção da prescrição de medicamentos pelo nome genérico, ou Denominação Comum Internacional (DCI), foi aplicada tanto no setor público quanto no setor privado, mas os medicamentos genéricos não foram diferenciados como um segmento próprio de mercado. Não foram criados mecanismos de incentivo à produção desses produtos, ao contrário, o foco da medida consistiu na criação de demanda. Também não se estabeleceram preços máximos (de saída ao mercado, como, por exemplo, estabelece a lei no Brasil)¹¹, motivo pelo qual, às vezes, os produtos genéricos acabam sendo mais caros que os inovadores.

2) De modo complementar à lei de utilização do nome genérico, a SSS, por meio da Resolução Nº 163 de 2002, definiu uma Lista Positiva de 206 medicamentos essenciais com preços de referência vinculados ao PMO, estabelecendo que os descontos para medicamentos ambulatoriais seriam reconhecidos e aplicados pelas OS apenas para aquelas prescrições feitas utilizando-se o nome genérico. Definir um preço de referência, ao invés de um desconto variável, é uma medida poderosa para incentivar os beneficiários das OS e das seguradoras privadas a optar pela utilização dos medicamentos genéricos. Com os preços fixos, o beneficiário que optasse pela apresentação comercial mais barata poderia obter, inclusive, descontos superiores a 40% do preço de venda. Contudo, poucos meses após a sua implementação, a medida foi interrompida sem resistências (TOBAR, 2016).

3) A provisão pública, universal e gratuita de medicamentos essenciais, através do Programa REMEDIAR, foi instituída no dia 2 de maio de 2002 e o programa começou a distribuir os medicamentos em 17 de outubro desse mesmo ano. A pedra angular do Programa era contribuir para a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais, com foco na população sem cobertura em saúde. O programa enviava remessas padronizadas de medicamentos genéricos através de um operador logístico privado e, depois, uma empresa de transporte os distribuía diretamente para os Centros de Atenção Primária de todo o país. A logística de organização era baseada na rede de serviços, tentando chegar ao primeiro nível de atendimento em todo o país, estabelecendo canais de comunicação entre os três níveis de governo e inaugurando um modelo de federalismo sanitário com critérios territoriais, inexistente até então. Os medicamentos eram entregues aos beneficiários com uma prescrição padrão, processada de forma centralizada para manter o maior controle possível sobre a utilização dos insumos distribuídos pelo programa (TOBAR, 2016).

¹¹ No Brasil, a lei Nº 9787, de 1999, estabelece que os medicamentos genéricos sejam 35% mais baratos que os produtos originais.

Entre os anos de 2003 e 2015, o programa realizava compras centralizadas utilizando economias de escala e distribuía medicamentos gratuitos aos CAPS em função da demanda, atendendo inicialmente 60% até alcançar, progressivamente, quase 90% dos motivos de consultas (MSAL, 2013, MORGESTEN, 2012; TOBAR, 2008). Entre os produtos que o programa distribuía, encontravam-se contraceptivos hormonais, preservativos masculinos, dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes subdérmicos. Esses produtos eram adquiridos pelo Programa de Saúde Sexual e Procriação Responsável, do Ministério da Saúde, e o REMEDIAR funcionava como operador logístico na sua distribuição até os CAPS.¹²

2.2 BRASIL

O Brasil é uma República Federativa Presidencialista, composta por três níveis de governo: União, Estados e Municípios, e o Distrito Federal (Brasília). Todos os níveis de governo que compõem o país são autônomos, embora interdependentes (BRASIL, 1988).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a consagrar a saúde como um direito constitucional. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 196, estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, op.cit.).

2.2.1 Estrutura

O **Sistema Único de Saúde (SUS)** foi instituído pela CF brasileira em 1988, definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestado pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações que o poder público mantém” (NORONHA et al., 2008).

Nas palavras de Maceira (2001, pág. 10):

¹² <http://www.remediar.msal.gov.br/> Acesso no dia 08/12/2015

O sistema de saúde no Brasil é um modelo público com subcontratos. O Brasil é o único país da região com um sistema universal de saúde, financiado pelo setor público, e cuja provisão de serviços se canaliza não só através da rede própria, mas inclui também a contratação de prestadores do setor privado. O Sistema Único de Saúde brinda cobertura teórica a toda a população da nação e conta com um pacote básico de serviços (tradução nossa).

Em 1990, duas leis nacionais, Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990, regulamentaram o SUS. A Lei 8080/90, em seu artigo 2, define a saúde como um direito fundamental do ser humano e como um dever do Estado prover as condições necessárias para o seu exercício. Por sua vez, a Lei 8142/90 definiu as instâncias de participação social nos Conselhos e Conferências de Saúde, organizados nos três níveis de governo.

Assim, o SUS é um sistema de acesso universal e gratuito para toda a população, nos seus três níveis de gestão: União, com o Ministério da Saúde (que exerce a reitoria do SUS) e o Conselho Nacional de Saúde; os 26 estados e os 5.564 municípios, com suas correspondentes Secretarias e Conselhos de Saúde. As pactuações entre os entes federativos se dão nas Comissões Intergestores Tripartites, no nível federal, e em Comissões Intergestores Bipartites, nos estados. O SUS não se compõe apenas de serviços públicos, mas também contrata serviços privados especializados e hospitalares, sendo que 65% dos leitos do país são privados (GIOVANELLA, 2012).

A Lei 8080, de 1990, também estabeleceu os princípios norteadores do SUS: universalidade e integralidade da atenção, equidade, descentralização e regionalização da rede de serviços como forma de organização, e a participação popular como instrumento de controle social (GIOVANELLA, et al., 2012).

No mesmo ano de 1990, com os avanços do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde, os municípios assumiram um papel central na gestão do sistema (SENNA et al., 2002). Assim, à tradicional autonomia do nível local, agregou-se um papel inédito e central dos municípios na condução das políticas sociais, particularmente as de saúde (LOBATO et al., 2016). Em função disso, os municípios aumentaram não só sua responsabilidade e autonomia, mas também a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população alvo. Atualmente, a Atenção Básica é responsabilidade dos municípios, e são eles que devem se organizar regionalmente para garantir o acesso aos serviços secundários e terciários, com o objetivo de atender de forma integral à demanda de saúde (GIOVANELLA, 2012).

A diretriz de descentralização do SUS, na agenda do que foi a Reforma Sanitária, estava atrelada a valores mais abrangentes, como uma estratégia para a democratização e

também como um elemento fundamental para a universalização e a integralidade do sistema (NORONHA et al., 2008). Sendo assim, esse espírito da descentralização faz com ela seja assumida, no Brasil, como um ganho para o sistema de saúde, ao passo que, na Argentina, onde a descentralização sanitária nasceu atrelada à proposta neoliberal de redução do Estado e dos gastos públicos imperante na década de 1990 no país, a descentralização adquire um caráter mais negativo.

Para enfrentar as dificuldades decorrentes da descentralização em um país caracterizado por suas dimensões continentais, por longos períodos de autoritarismo centralizador, pelas assimetrias de poder entre os governadores, pela existência de mais de 5 mil municípios, assim como pela diversidade territorial e desigualdades sociais enormes (NORONHA et al., op.cit.) o Brasil utilizou a normatização como forma de operacionalizar a descentralização. Dessa forma, surgiram dezenas de portarias associadas, em geral, a mecanismos financeiros de incentivo ou de inibição de políticas e práticas por parte dos gestores estaduais e municipais e dos prestadores de serviços, além de outros instrumentos de gestão e capacitação de recursos humanos (MACHADO, 2001).

No que tange à regulação, à avaliação e ao controle dos serviços, esses processos são realizados pelos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal). Em 2006, foi divulgada a Política Nacional de Regulação em Saúde. A proposta se articula em torno de três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos, o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa que capacite recursos humanos (BRASIL, 2006). Também existem duas agências reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANVISA foi criada pela Lei Nº 9782 de 1999, e a sua finalidade institucional (estabelecida no artigo 6) é a de promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras. Por sua vez, ANS foi criada pela Lei Nº 9961 do ano de 2000, e sua finalidade institucional (artigo 3) é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

Apesar da existência do SUS e de a saúde ser um direito para toda a população no Brasil, há também um setor privado de saúde bastante robusto no país. O **setor privado** está

constituído pelas operadoras dos planos e seguros privados de saúde, pré-pagos pelos próprios usuários, e pelos profissionais liberais e serviços particulares aos quais o usuário acessa pagando diretamente do seu bolso (GIOVANELLA, 2012). Segundo dados da ANS¹³ de 2017 e de outras pesquisas anteriores (CONILL et al., 2008; MACEIRA, 2001), mais de ¼ da população brasileira (fundamentalmente, os estratos de renda média e alta) pertence a esse grupo. Quanto à sua distribuição geográfica, a maior quantidade de beneficiários dos planos privados de saúde encontra-se nas capitais das regiões sul e sudeste, onde representam mais de 30% da população (CONILL et al., op.cit.).

Com a criação do SUS, o acesso universal e a integralidade na atenção à saúde foram garantidos no plano legal, porém a falta de investimentos compatíveis com a ampliação da cobertura favoreceu o crescimento do segmento privado, produzindo-se, assim, um mix público – privado no financiamento, na prestação e na utilização dos serviços. (CAMPOS MINAYO et al., 2006).

No Brasil, o crescimento do setor privado se deu, por um lado, em função das ineficiências do SUS e, por outro, devido ao avanço das políticas neoliberais no país, desafiando, assim, a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo (BAHIA, 2001).

Nas palavras de Mendes (2001):

O sistema brasileiro pode ser dividido em três segmentos, conforme a modalidade de financiamento: desembolso direto, atenção médica supletiva e o SUS. Essa fragmentação levaria a um efeito denominado de Hood Robin, ou seja, enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos.

No setor privado dos planos de saúde, existem diferentes hierarquizações. Os planos se diferenciam entre si segundo a possibilidade de escolha (ou não) do médico e do acesso/tipo de acomodações em hospitais.

Nas palavras de Bahia (2001, pág. 333):

Identifica-se três níveis de planos/seguros: 1) os voltados para o atendimento dos executivos e clientes individuais com alto poder aquisitivo, que associam um valor de reembolso compatível com o acesso a consultas médicas realizadas por profissionais de prestígio – que não estão credenciados pelas empresas de planos e seguros – com a utilização de quartos particulares em hospitais privados de excelência, primeira linha; 2) aqueles destinados aos níveis gerenciais intermediários

¹³ <http://www.ans.gov.br/> Acesso no dia 14/02/2018

que permitem a internação em quartos particulares de hospitais de “segunda linha” e não prevê em reembolso ou o desestimulam, incitando o atendimento ambulatorial através da rede credenciada ou própria da operadora de planos/seguros; 3) os que abrangem o maior contingente de clientes e restringem a cobertura a uma rede credenciada específica, centros médicos ambulatoriais das operadoras com acomodações em enfermarias de hospitais “mais simples” ou a um único provedor. [...] Na prática, poucas cidades brasileiras possuem os três tipos de coberturas e suas correspondentes subredes.

Em todo caso, a cobertura que o setor privado dos planos de saúde oferece aos seus beneficiários é inferior à cobertura do setor público. Por exemplo, os planos privados de saúde não estão obrigados a cobrir medicamentos ambulatoriais aos usuários e, no caso dos medicamentos de alto custo (também chamados medicamentos excepcionais), a cobertura é exclusiva do Estado, assim como outros tratamentos como hemodiálises e transplantes. 95% dos transplantes realizados no Brasil são financiados pelo SUS¹⁴.

Em 1998, foi sancionada a Lei Nº 9.656, que institui um instrumento regulatório para o setor dos planos privados. Foi criada também uma agência estatal específica para a regulamentação do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Porém, a questão da regulação do setor dos planos privados de saúde é controversa no país. Segundo Bahia (2001, pág. 336): “Poucos ousariam defender abertamente a não intervenção estatal sobre as operadoras de planos de saúde. Os conflitos só se manifestam quando se discute qual é o objeto e a intensidade da regulamentação”.

Nesse sentido, cabe destacar que existem diversas linhas de argumentação. Por um lado, aqueles que visam corrigir ou atenuar as falhas do mercado referindo-se à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços; à seleção de riscos por parte das empresas, que preferem propiciar cobertura para os bons riscos; e, por parte dos clientes, à tendência a adquirir seguros/planos em razão de já apresentarem alguma manifestação do problema (seleção adversa) e de consumirem mais serviços de saúde em função das coberturas dos planos (risco moral). Outros, baseados na ótica dos direitos dos consumidores e da defesa da autonomia médica, defendem que as políticas governamentais devem estar direcionadas à garantia do acesso e da qualidade da assistência prestada aos clientes dos planos, visando impedir as restrições ao atendimento e à utilização de procedimentos. Foge ao escopo deste trabalho uma análise aprofundada acerca desses diferentes posicionamentos, aqui apenas exemplificados. Em todo caso, importa destacar que:

¹⁴ <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/sistema-unico-de-saude-financia-95-dos-transplantes-no-brasil>. Acesso no dia 30/08/2016

O debate em torno da elaboração da Lei 9.656 teve o mérito de desvelar um elenco de abusos das operadoras contra os clientes e de remeter devidamente à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas de assistência médica suplementar. No entanto, não logrou elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde (BAHIA, 2001, pág. 337).

2.2.2 Financiamento

O SUS é financiado com recursos do orçamento da chamada Seguridade Social, que abrange a previdência, a saúde e a assistência social, e também através de recursos dos estados e municípios. Dessa forma, o sistema é financiado pelos três níveis de governo (União, Estados e Municípios). O Ministério da Saúde distribui recursos aos estados e municípios por meio de transferências regulares e automáticas, de remunerações pelos serviços produzidos, convênios, contratos de trespasse e instrumentos similares.

A principal modalidade de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo é a chamada “fundo a fundo”, ou seja, a remessa de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com as condições de gestão, qualificação e certificação ante os programas e incentivos do Ministério da Saúde, e seus próprios limites financeiros (GIOVANELLA et al., 2012).

Após várias reformulações, no ano de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC29), cuja função era corrigir inconsistências na aplicação dos recursos no setor da saúde. Uma vez definidos os patamares mínimos de aplicação dos recursos da União, dos estados e municípios, o financiamento do sistema ganhou maior estabilidade. Assim, estabeleceu-se que:

No caso da União, passou a vigorar o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Para estados e municípios, a base de cálculo passou a ser a receita tributária própria e de transferências. Foi estabelecido o aumento gradual da vinculação da receita tributária de estados e municípios a partir do mínimo de 7%, em 2000, até os 12% e 15%, respectivamente, em 2004, de acordo com as resoluções de nº 316 e 322 do CNS (DAIN, 2007, pág. 1853).

Ainda em relação ao financiamento e à distribuição de responsabilidades entre as diferentes esferas federativas, Ugá e Soares (2006, p.1599) afirmam:

Em 1993, os municípios adquirem um protagonismo maior no financiamento, coerente com o caráter inicialmente municipalista do SUS e, em 2002, a esfera

estadual de governo passa a participar de forma muito mais ativa, fruto tanto do resgate do seu papel de gestor do SUS, através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como da regulação estabelecida por meio da Emenda Constitucional n. 29. Em 2002, os municípios já estavam assumindo 22% do gasto público em saúde e os estados aportaram 20% do mesmo.

Apesar do SUS promover o acesso universal e integral, a composição dos gastos em saúde no Brasil exibe uma estrutura muito diferente dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano, como afirmam Ugá e Soares (2006). Segundo dados da OMS do ano de 2014, no Brasil, o setor privado representava 53,96% do gasto total em saúde, e o gasto direto das famílias (principalmente com medicamentos) era também consideravelmente alto, representando, no mesmo ano, 47,20% daquele valor. Nessa direção, é importante ressaltar que, no SUS, não existem copagamentos no atendimento, com exceção do Programa Farmácia Popular, que vende medicamentos a menor preço.

O financiamento da Atenção Primária (APS) se dá por meio de transferências financeiras e, para os atendimentos de média e alta complexidade, o critério de financiamento é a produção de serviços e os pagamentos são efetuados através da apresentação de uma fatura calculada com base na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Próteses e Materiais Especiais. O pagamento à rede hospitalar vinculada ao SUS é feito por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que informa os procedimentos realizados (GIOVANELLA, 2012).

No que se refere ao financiamento do setor privado dos planos de saúde, quer se trate de um contrato coletivo ou individual, quem paga são os beneficiários, do seu próprio bolso (diferentemente do esquema de pagamento das seguradoras “*prepagas*” na Argentina, mencionado antes).

2.2.3 Organização dos serviços de saúde

Levando em consideração a universalidade e a integralidade do sistema público de saúde no Brasil, a Atenção Primária da Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica, constitui um eixo estruturante da organização das redes de serviços no país. O SUS presta serviços desde a atenção básica até os procedimentos de alta complexidade e alto custo,

embora persistam importantes diferenças, entre as regiões, na disponibilidade e no acesso a eles.

2.2.3.1 Reorganização do modelo de atenção

Avançando ainda mais no processo de descentralização, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família, mais tarde chamado de **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, que ampliou a cobertura e o acesso aos serviços de saúde no Brasil. A estratégia reorganizou toda a estrutura de atendimento, não apenas a atenção básica, através da implementação de equipes multidisciplinares nas unidades básicas de saúde. Assim, os municípios ganharam um papel ainda mais relevante no sistema de saúde. Além disso, os municípios têm a responsabilidade de organizar-se regionalmente, com o apoio dos estados, para garantir o acesso aos serviços do segundo e terceiro níveis (GIOVANELLA, 2012). Desse modo, a regionalização

[...] deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (MS, 2002-NOAS).

Uma vez que os modelos de regionalização podem ser diferentes, segundo os diversos estados, foi elaborado um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que funciona como um instrumento de ordenamento do processo, baseado na definição de objetivos coerentes com as necessidades de saúde da população e com a garantia do acesso a todos os níveis de atenção.

Cada equipe da ESF, com o apoio de Agentes Comunitários, é responsável pelo acompanhamento de cerca de 4.500 famílias residentes em uma determinada área. A ESF constitui-se, assim, em uma lógica de abordagem integral e territorial em saúde, cujos resultados foram reconhecidos internacionalmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu *World Health Report* “Atenção Primária da Saúde – agora mais do que nunca” (2008), destaca a importância da estratégia brasileira para a prevenção e detecção precoce de doenças, além da promoção da saúde e de ações intersetoriais (IPEA, 2009).

2.2.3.2 *Acesso e regulação da média e alta complexidade*

Com a reorganização do sistema, buscou-se reverter a lógica dominante do atendimento especializado, reforçando a vinculação do paciente com a atenção básica e, só depois, com o atendimento especializado, como parte de uma rede de referência e contrarreferência e de um sistema de cuidados integrais em saúde (MONTEIRO DE ANDRADE et al., 2005).

O atendimento hospitalar ocupa um papel importante no segundo nível de atenção. Sendo assim, para melhorar o acesso, foi definida a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade (Portaria GM 252, de 2006), que visa reduzir a fila de espera por procedimentos cirúrgicos nos estados e municípios de todo o país, e definir parâmetros e procedimentos para a elaboração de projetos de ampliação da oferta. Segundo um relatório do IPEA, apesar dessas e de outras medidas, o acesso aos procedimentos especializados permanece como um dos pontos fracos do sistema,

[...] em parte devido à ausência de investimentos na fase inicial do SUS, o que manteve o sistema fortemente dependente de provedores privados para hospitalização e oferta de meios diagnósticos, e a rede privada lucrativa tende a concentrar-se em áreas de maior rentabilidade (IPEA, 2009).

2.2.3.3 *Alta Complexidade*

A alta complexidade envolve os procedimentos de alta tecnologia e alto custo. A alta complexidade se organiza em redes de atendimento, cujo objetivo é facilitar as vias de acesso dos usuários aos serviços de saúde. Existem várias políticas nacionais de alta complexidade no Brasil: assistência cardiovascular, assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico, assistência em traumatologia-ortopedia, atenção em reprodução humana assistida, além da política nacional de transplantes, só para mencionar algumas. O Ministério da Saúde define e coordena as redes de assistência de alta complexidade, mas não presta serviços diretamente (sob responsabilidade dos estados e municípios), a não ser em alguns casos específicos (GIOVANELLA, 2012).

No que se refere aos insumos de alto custo, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) foi instituída pela Lei Nº 12.401, de 2011, em substituição à

Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), criada em 2008. A função da CONITEC é avaliar as tecnologias sanitárias e assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, insumos e procedimentos a serem fornecidos pelo SUS. No caso da Argentina, ainda não existe uma estrutura com função similar.

No **setor privado** dos planos de saúde, a porta de entrada para o atendimento não se encontra claramente definida. Os beneficiários têm a “liberdade” de escolha, de acordo com uma lista de profissionais credenciados no seu tipo de plano (BAHIA, 2001). Dessa forma, assim como ocorre na Argentina, o paciente não passa necessariamente pelo primeiro nível de atendimento, aliás, ele geralmente vai direto para o médico especialista.

2.2.4 Cobertura de medicamentos

Garantir o acesso aos medicamentos foi e continua sendo um desafio no Brasil (IPEA, 2009). Para enfrentar essa questão, foram desenvolvidas várias iniciativas de regulação e formulação de políticas no Brasil. Em 1998, a Portaria MS/MG 3916 estabeleceu a Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial do SUS. Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), constituindo o marco de reorientação da estratégia de ação. Como parte da PNAF, surgiu o Programa Farmácia Popular do Brasil¹⁵, iniciativa do Governo Federal que disponibiliza, desde 2004 e inicialmente por meio de unidades próprias, medicamentos e o preservativo masculino, incluindo mais de 100 itens e prescindindo do valor de custo, o que representa uma redução de até 90% do valor para os usuários. Em 2006, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, o programa foi expandido, denominando-se “Aqui Tem Farmácia Popular”, e funciona mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares, mais pessoas e visando atingir também aquela parcela da população que não busca assistência no SUS, mas que tem dificuldade para adquirir os seus medicamentos. Em 2007, no rol de medicamentos disponibilizados pelo programa, foram incluídos os

¹⁵ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>. Acesso no dia 01/09/2016

contraceptivos e a lista continuou ampliando-se. A partir de 2011, o Programa passou a disponibilizar também os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes, sem custos para os usuários (estratégia denominada de “Saúde não tem preço”).

Em 2007, a Portaria 204 estabeleceu as diretrizes específicas para o financiamento dos medicamentos no Brasil, que dependerá dos três níveis de governo, a partir da seguinte classificação: a) Básicos - medicamentos da Atenção Primária à Saúde, que são financiados pelos três níveis de governo; b) Estratégicos - medicamentos para programas específicos, financiados exclusivamente pelo governo federal; e c) Especializados, antes chamados excepcionais ou de alto custo. Nesta última categoria, os tratamentos são estabelecidos pelos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas criadas pelo CONITEC, e a responsabilidade do seu financiamento encontra-se dividida entre os estados e o governo federal (BRASIL, 2007).

Por outro lado, cabe destacar que é feita uma revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que norteia a oferta e a prescrição de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). A lista contém os medicamentos necessários para o tratamento e o controle das doenças prioritárias nos diversos níveis de atendimento.

Assim, o Brasil parece ter feito uso de uma série de medidas abrangentes no que se refere ao acesso aos medicamentos, implantando medidas de fortalecimento das ações de regulação do mercado de medicamentos – com a criação da ANVISA, a promoção dos medicamentos genéricos, a regulação de preços dos insumos farmacêuticos, o fortalecimento e a expansão dos laboratórios públicos, além da implementação de mecanismos de promoção industrial específicos para o setor, do fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico, e da disponibilização de produtos a preços baixos, como no caso da Farmácia Popular.

No que tange aos medicamentos genéricos, houve incentivos para a ampliação da oferta desses produtos. Ao contrário do que ocorreu na Argentina, onde a indústria nacional foi uma das principais opositoras da medida, no Brasil, os laboratórios nacionais encontraram na política de medicamentos um novo nicho de mercado e, dessa forma, tratou-se de uma estratégia focada em promover a entrada de novos ofertantes no mercado, produzindo uma mudança na estrutura produtiva do mercado farmacêutico no país (MARTICH, 2013).

Desse modo, o Brasil vem implantando, ao longo dos anos, uma grande quantidade de ferramentas no que tange ao desenho e à implementação de medidas para promover o acesso aos medicamentos (MARTICH, 2013). Contudo, embora os avanços tenham sido importantes, ainda não é o suficiente quando se trata de abordar uma problemática tão complexa.

No **setor privado**, os planos de saúde não têm obrigação de co-financiamento dos medicamentos ambulatoriais (ainda que as operadoras tenham planos de desconto), exceto no caso de internações.

No capítulo 3, será discutido em maiores detalhes o financiamento de medicamentos no Brasil e na Argentina.

2.3 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil atravessaram processos muito distintos, influenciados pelo contexto político no qual emergiram em cada país. No entanto, os problemas e as dificuldades que enfrentam são similares. Tanto a Argentina como o Brasil contam com sistemas públicos de saúde gratuitos, embora com diferenças importantes entre eles, e ambos oferecem à população algum tipo de cobertura gratuita de medicamentos essenciais. Porém, o acesso aos contraceptivos continua sendo difícil nos dois países.

A comparação entre eles permitiu compreendermos a forma (operativa) como cada país organiza a sua estratégia em relação aos problemas de saúde da população. Permitiu também entender as respostas dadas por cada um deles e, além disso, conhecer perspectivas diferentes (em termos sistêmicos e de política pública) para os problemas comuns a ambos.

Seguindo as dimensões destacadas neste capítulo, vale ressaltar algumas ideias relevantes que surgiram na análise:

– Em termos de **estrutura**, os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil apresentam configurações político-institucional diferentes, embora na prática operacionalizem algumas estratégias de forma similar. Em uma classificação de “tipos ideais”, o Brasil possui um sistema de tipo universal e a Argentina se aproxima do tipo de sistema da seguridade social (seguros). Em todo caso, ambos os países têm introduzido mecanismos de mercado e permitiram o crescimento significativo do setor privado de saúde, que já não ocupa um papel complementar, mas que supre, em alguns casos, as deficiências do subsistema público de saúde.

– O **financiamento** dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil reproduz, em parte, a lógica da sua estrutura, isto é, existem tantas formas de financiamento quantos são os

componentes do sistema. Nesse sentido, na Argentina, com um sistema de saúde profundamente fragmentado em três subsistemas, com lógicas operativas próprias e diferentes, às vezes no interior de um mesmo subsistema, há uma grande diversidade de fontes financiadoras da saúde no país. No Brasil, por sua vez, o SUS é financiado pelo Estado, em seus três níveis de governo, e o setor privado (planos de saúde ou particulares), em ambos os países, é financiado de forma direta pelos usuários.

– Em relação à **organização dos serviços**, embora ambos os países disponham os serviços de saúde por níveis de atenção (primária, secundária e terciária), o sistema público de saúde brasileiro apresenta uma organização mais evidente, ao passo que, na Argentina, a porta de entrada não é explícita em nenhum dos subsistemas.

– Por fim, a **cobertura de medicamentos** reproduz a lógica de organização do sistema. Desse modo, existem tantas formas de cobertura quantos são os agentes que operam no interior do sistema, criando-se, assim, acessos muito desiguais.

3 CAPÍTULO II – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ARGENTINA E NO BRASIL (2003-2015)

Neste capítulo, serão apresentados os Programas Nacionais de Saúde Sexual e Reprodutiva implementados na Argentina (*Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* - PNSSyPR, 2003) e no Brasil (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, 2004), no período entre 2003 e 2015, em perspectiva comparada. O capítulo está organizado da seguinte maneira: 1) uma descrição da entrada do tema na agenda pública de ambos os países; 2) uma contextualização dos programas analisados neste trabalho. Além disso, serão apresentadas as posições dos diversos “atores chave”, e as estratégias de política pública adotadas, em cada caso, serão discutidas em relação à organização institucional. E 3) uma análise sobre a presença (ou não) de alguns princípios norteadores das políticas de saúde em geral. Os princípios selecionados são: universalidade do acesso, integralidade das ações implementadas e intersetorialidade com outras áreas da política pública.

Para tal, empreendeu-se a busca, a seleção, a leitura e a análise de documentos oficiais da política sanitária, da legislação referente à temática (leis, decretos, resoluções) e da informação disponível nas páginas eletrônicas dos Ministérios da Saúde de ambos os países. Ademais, foram selecionados alguns artigos acadêmicos que contribuiriam para a reconstrução da trajetória histórica da temática nos dois casos.

3.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS NA AMÉRICA LATINA

Antes da propagação do medo da “explosão populacional”, nas décadas de 1950 e 1960 (momento em que se deu um crescimento extraordinário da população mundial, no segundo pós-guerra), as questões sexuais e reprodutivas estavam restritas ao mundo privado, não sendo objeto de políticas públicas. Foi apenas então que os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação dos métodos contraceptivos. Os países desenvolvidos temiam o colapso dos seus sistemas de proteção social, o que resultou na queda da fecundidade nos setores médios e altos da população. A situação no “Terceiro Mundo” era diferente, levando os países centrais e os organismos internacionais a se preocuparem não

com o crescimento global da população, mas com aqueles que, concretamente, eram os que mais se reproduziam. O crescimento da população nas regiões menos favorecidas era associado à pobreza, à desnutrição, ao analfabetismo, etc. (FELITTI, 2008). Na América Latina, as discussões e preocupações eram outras. Se, para o mundo desenvolvido, o aumento da população era uma preocupação, em um país como a Argentina, tradicionalmente “vazio”, a verdadeira inquietação era a queda contínua da natalidade, associando-se, assim, o crescimento populacional ao fortalecimento da sua soberania. Dessa forma, evidenciam-se tensões entre os pró-natalistas e os fiscalizadores da fecundidade, assim como do direito a regular a natalidade dos indivíduos frente às posições assumidas pelos Estados em questões populacionais, que se traduzem, no fundo, no debate acerca da responsabilidade pública versus o respeito à privacidade e à intimidade (FELITTI, op.cit.).

Na década de 1970, foram desenvolvidos os primeiros programas de planejamento familiar na América Latina associados à difusão da pílula anticoncepcional, expondo os conflitos entre: aqueles favoráveis a esse desenvolvimento; os que consideravam que os casais tinham o direito de regular a sua reprodução; e aqueles que defendiam que o controle da natalidade evitaria as consequências da “explosão demográfica”. Essas diferentes posições evidenciaram a relação estreita entre a reprodução e o desenvolvimento econômico, acompanhada de uma importante mobilização social e da transformação dos papéis e das relações de gênero. Na América Latina, essas discussões se deram em um contexto muito particular, marcado pela Revolução Cubana, pelo aumento da participação política da Igreja Católica, pela radicalização das esquerdas e pelo surgimento de ditaduras militares sangrentas que se instalavam para “reestabelecer a ordem” e reafirmar o capitalismo. Assim, alguns países incorporaram o planejamento familiar às suas políticas demográficas, enquanto outros questionavam a interferência externa em questões internas cujo enfrentamento cabia a cada Estado soberano resolver (FELITTI, op.cit.).

Nos anos 1980, mais especificamente no I Encontro Internacional da Saúde da Mulher, realizado em Amsterdam (1984), o termo “Direitos Reprodutivos” entrou na agenda pública, considerado mais adequado que “saúde da mulher”. De fato, a própria OMS, em 1988, adotou o termo “saúde reprodutiva”, incorporando também os homens e avançando em relação aos conceitos utilizados até então. Segundo Brown (2008, pág. 280, tradução nossa),

[...] a expressão direitos reprodutivos surge, naquele momento, como fruto da tensão entre a demanda pelo direito ao aborto (e à contracepção segura e confiável), o direito à maternidade escolhida e a consideração das mulheres como sujeitos de

direitos, capazes de tomar decisões sobre seus corpos. [...] No entanto, o consenso se limitou à noção de saúde reprodutiva definida como:

“[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e deem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos (ONU, 1995: parágrafo 94)”.

Essa noção claramente enfatiza a variável reprodutiva. A expressão “direitos reprodutivos e sexuais” abrangia três aspectos: a) a segurança na reprodução e nos eventos relacionados a ela; b) a contracepção e o aborto (em menor medida), isto é, a opção não reprodutiva; c) o livre exercício da(s) sexualidade(s). O consenso se deu fundamentalmente em torno da reprodução, deixando de lado os demais (BROWN, 2008).

No final da década de 1980, com a epidemia de HIV/AIDS, os movimentos gays, lésbicos e feministas começaram a debater a definição de “direitos sexuais” em um sentido mais amplo. Até então, a liberdade sexual era vista de forma negativa, isto é, como o direito a não ser vítima de violências ou abusos, mas não havia ainda sido aceita positivamente, como o direito ao próprio corpo, incluindo o prazer sexual. Apesar de aceitar-se, então, que cada família tinha o direito de decidir sobre a procriação, esse direito era limitado ao modelo heterossexual, o único aceito à época (CEPEDA, 2008).

Na década de 1990, mais especificamente em 1994, com a Conferência do Cairo, a saúde sexual e reprodutiva sai do âmbito privado e ganha o debate público, convertendo-se em objetivo das políticas de saúde. O próprio conceito de saúde sofreu transformações e, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já falava de *um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de enfermidade*, implicando a adoção de um conceito amplo e multidimensional que inclui a saúde reprodutiva. A partir daí, foram definidas noções como saúde das crianças, das mulheres, materno-infantil, entre outras. No Brasil, assim como em outros países, a noção de “saúde integral da mulher” foi utilizada para articular tanto aspectos biológicos quanto sociais, em um marco de cidadania. De acordo com Correa e Ávila (2003), a “saúde da mulher” surgiu como uma estratégia semântica para levar ao debate público as propostas políticas do emblema feminista da década de 1970, “*nosso corpo nos pertence*”.

A partir da Conferência internacional, houve uma mudança de paradigma, do planejamento familiar em direção aos direitos sexuais e reprodutivos. A presença de organizações não-governamentais (ONGs) representando a sociedade civil, e de movimentos de mulheres, ambientalistas e defensores dos direitos humanos, contribuíram para a mudança no debate entre população e desenvolvimento econômico, passando-se de um enfoque puramente econômico para uma perspectiva mais ampla de direitos. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos como o direito de tomar decisões reprodutivas livres de discriminação, coerção ou violência, recomendando-se, ademais, que os serviços de saúde ampliassem a abordagem da atenção oferecida. Nessa mesma linha, reforçando as mudanças iniciadas no Cairo, em 1995, a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, fortaleceu essa perspectiva, adotando uma nova concepção que associava o respeito aos direitos humanos, entre eles os direitos sexuais e reprodutivos, a promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar social, o empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero (CORREA et al., 2003). Desde então, a igualdade de gênero e o empoderamento da mulher foram aceitos como pedra angular das políticas de saúde e dos programas populacionais.

Com essa mudança de paradigma, os conceitos foram ampliados e, ao reprodutivo, foram agregados o sexual, a liberdade e o prazer, chegando a ser entendidos como direitos, de forma ampla. Contudo, os caminhos percorridos por cada país – neste caso, pela Argentina e pelo Brasil – atravessaram diferentes fases relacionadas à sua própria conjuntura interna.

3.1.1 Saúde sexual e reprodutiva na agenda pública argentina

Na década de 1970, enquanto o mundo desenvolvido debatia os perigos da “explosão demográfica”, a Argentina atravessava a situação oposta. A queda contínua na natalidade não era uma preocupação nova, mas acompanhava o país ao longo de toda sua história. Segundo Felitti (2008, p.2, tradução nossa):

O estigma de ser um país vazio acompanhou a distintas gerações de políticos, médicos, militantes católicos e, especialmente, mulheres, que tiveram que fazer frente a diversas normativas que as recordavam o dever de perpetuar a raça e de cumprir com o papel de mães.

Historicamente, a Argentina implementou políticas demográficas pró-natalistas, porém essas políticas não eram a favor de que as mulheres tivessem os filhos que desejassem, mas que os tivessem independentemente do desejo de fazê-lo ou não. As estratégias do Estado se limitavam a impedir a existência de serviços que oferecessem orientação sobre o planejamento familiar nos centros de saúde (ARGENTINA, 2011).

Nem a demografia explica essa queda contínua da natalidade no país, desde o começo do século XX (PANTELIDES, 1983). Fenômeno que, inclusive, persiste até os dias atuais e a Argentina, o oitavo maior país em dimensão territorial, apresenta uma densidade populacional baixa que se aproxima dos 15 habitantes por km².¹⁶

Contudo, na década de 1970, com o mito da explosão demográfica, tratava-se de um problema político nacional diante da possibilidade de que outros países, com população maior, buscassem, por exemplo, disputar territórios e/ou recursos naturais (FELITTI, 2008).

Em 1969, foi realizado na Argentina o “Simpósio sobre a política populacional para a Argentina”, organizado pelo Instituto Torcuato Di Tella, que, além de sua grande repercussão, permitiu que se começasse a pensar uma política demográfica para o país com normativas específicas em relação à natalidade. Nessa conferência, estava ausente a noção de planejamento familiar como um direito humano, elaborada oficialmente pelas Nações Unidas (ONU) um ano antes. Havia uma resistência em abordar o tema nos termos dos direitos individuais e, de fato, os aportes da conferência estavam ligados à defesa da soberania nacional, com argumentos que associavam as políticas demográficas à segurança e à promoção do desenvolvimento econômico, ao invés da proteção dos direitos da pessoa e de sua liberdade de escolha/decisão em questões reprodutivas. Por um lado, o peso político da Igreja Católica e a sua postura em relação à contracepção (que se mantém até os dias de hoje) e, por outro, a nova esquerda, que considerava a contracepção um “desvio burguês” e uma ferramenta de controle do imperialismo, também contribuíram. Naquela época, quase ninguém discutia o planejamento familiar no terreno dos direitos individuais. O controle da natalidade era visto, praticamente, como uma ameaça ao desenvolvimento do país (FELITTI, op.cit.). O Estado buscou gerar as condições favoráveis para aumentar o número de nascimentos, o que teve um impacto mais discursivo que factual. Na prática, o planejamento familiar se difundiu, em parte como uma consequência inevitável da modernização dos costumes e das mudanças nas relações de gênero.

¹⁶ <https://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/argentina?anio=2014> Acesso no dia 10/04/2017

Em 1973, com a volta do peronismo ao poder, tentou-se fomentar os nascimentos de forma coercitiva. A queda demográfica era uma preocupação e entrou na agenda pública do governo, dando início a um período difícil para o exercício do direito ao planejamento familiar (ibid.). No ano seguinte, em 1974, o Decreto 659/74 regularizava a comercialização, venda e distribuição de produtos contraceptivos no país. Paralelamente, 60 consultórios de planejamento familiar que funcionavam em hospitais públicos foram fechados, ficando assim proibidas as atividades associadas ao controle de natalidade nos serviços públicos (GOGNA; ZAMBERLIN, 2004). Segundo Felitti (2009), na prática, esse decreto não fez mais que reforçar as desigualdades (ainda presentes) entre aqueles que podiam pagar pela atenção médica privada e comprar as pílulas em uma farmácia comercial, e aqueles grupos sociais com dificuldades econômicas de acesso, submetidos à disponibilidade e à decisão dos serviços públicos de saúde frente às diretivas do governo.

O temor à baixa fecundidade se converteu em argumento para a implementação de políticas de intervenção sobre o planejamento familiar. Essa orientação se materializou com o Plano Trienal para a Reconstrução e a Liberação Nacional (1974-1977), apesar dos esforços dos meios de comunicação em debater a autonomia dos casais no que tange à reprodução. O governo insistia na sua “preocupação” e na sua postura (CEPEDA, 2008). Na mesma época, foi criada a Comissão Nacional de Política Demográfica (CONAPODE), vinculada ao Ministério do Interior, cuja função era assessorar os poderes executivo e legislativo e coordenar as atividades ligadas à Conferência Mundial de População de Bucareste, realizada em 1974. A conferência foi a primeira reunião mundial sobre população com um caráter político (NOVICK, 1999). Nessa ocasião, o governo argentino defendeu a sua postura em relação à baixa fecundidade no país e manifestou, ademais, a necessidade de uma política que assegurasse condições econômicas aos casais com filhos, isto é, de promover as condições para que a mulher pudesse ter filhos e promover o seu desenvolvimento em condições de igualdade com os homens. Assim, foram realizadas mudanças na Argentina para a proteção da maternidade: a possibilidade de acumular a licença após o parto com as férias não utilizadas antes; a ampliação do período de estabilidade em função de maternidade ou gravidez, e a especificação do prazo de um ano (com possibilidade de prorrogação) como período de aleitamento (CEPEDA, op.cit.).

Em 1983, após longos anos de ditadura, a Argentina voltava à democracia. Em 1984, foi derogado o Decreto 659/74, sancionado 10 anos antes, permitindo aos casais decidirem livremente ter filhos ou não, e quantos. No entanto, apenas no início da década de 1990, em

1993 especificamente, foi derogado o Decreto 3938/77 da ditadura militar que estabelecia os objetivos e as políticas nacionais de população. Apesar dessas mudanças, em relação ao aborto, a Argentina sempre manteve uma postura rígida e não considerava, em nenhum caso, que o aborto devesse ser promovido como método de planejamento familiar ou de controle demográfico (ibid.). Nas palavras de Brown (2008, p.1, tradução nossa):

Na Argentina, os debates em torno dos direitos sexuais, reprodutivos ou não reprodutivos, entraram na agenda pública e política nos anos 1990. Desde então, eles sofreram, primeiro, uma guinada a favor de uma crescente medicalização e, depois, uma clara judicialização, particularmente na questão do aborto.

O que ocorreu na Argentina se deu em consonância com o contexto internacional, com as conferências internacionais de população e sobre a mulher que se sucederam e inauguraram o tema publicamente. Não obstante, o fato é que a entrada desse tema no país, na década de 1990, não esteve associada a uma perspectiva de direitos de cidadania, e a questão sexual não reprodutiva surgiu muitos anos depois (BROWN, 2008).

Em 1995, o governo argentino aderiu à Plataforma de Ação (PAM) da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (China), mas com algumas reservas em relação à saúde reprodutiva, uma vez que o tema incluía o aborto como método de regulação da fecundidade e a postura do governo era totalmente oposta (CEPEDA, 2008). De fato, um ano antes, durante a assembleia geral constituinte que deu lugar à última reforma da Constituição Nacional na Argentina (1994), o assunto foi discutido e o governo sustentou, então, “*defender a vida desde a concepção até a morte natural*”.

Finalizadas a Convenção Nacional Constituinte, o Congresso Mundial de População do Cairo, em 1994, e a Conferência sobre a Mulher, de Pequim, a Argentina seguia criminalizando o aborto e, ademais, a noção de saúde reprodutiva era bastante limitada. Não existiam leis que autorizassem expressamente a distribuição de contraceptivos, assim, os hospitais públicos adquiriam os anticoncepcionais sob a rubrica de medicamentos reguladores do ciclo menstrual. Também não havia uma legislação explícita no país que permitisse a difusão de informação relativa aos métodos contraceptivos. Além disso, a esterilização havia sido proibida como método contraceptivo, considerando-se que a contracepção deveria ser reversível e transitória (PETRACCI et al., 2005; CEPEDA, op.cit.).

A década de 1990, na Argentina, foi marcada por uma importante reforma do Estado (GARCÍA DELGADO, 1996), como resposta à crise fiscal que atravessava o país. O setor sanitário não ficou à margem dessa reforma, em parte devido ao aumento dos seus custos ao

longo da década anterior. Assim, foram adotadas uma série de medidas no setor da saúde, promovendo a reorganização da sua estrutura, particularmente no que se refere à seguridade social e às relações público-privado (GOGNA; ZAMBERLIN, 2012). O processo de liberalização, desregulamentação e descentralização do sistema público se aprofundou, fortalecendo, por sua vez, o setor privado. Os organismos internacionais difundiam, à época, um discurso enfático sobre a necessidade de separar o financiamento da provisão dos serviços, em busca de eficiência. Nas palavras de Laurell (2011, tradução nossa):

O que se defendia era a redução do gasto social sob o pretexto de que os serviços de saúde eram ineficientes, burocráticos e deficitários. Eram propostas a restrição dos serviços para a maioria da população e a implementação de programas focalizados para os grupos vulneráveis.

Alinhado com essas tendências, o governo argentino promoveu uma série de estratégias pró-mercado, compatíveis, aliás, com o ajuste fiscal em curso. Entre as medidas adotadas no setor da saúde, podemos mencionar: a descentralização dos serviços públicos de saúde e a sua transferência para as províncias e, destas, para os municípios (sem repasse de recursos nem capacidade financeira suficiente para tal fim); a desregulamentação das *obras sociales*, modificando a lógica solidária do sistema (ao permitir que os afiliados transfiram suas contribuições para outra obra social ou seguradora privada, especialmente aqueles com salários mais altos); e a criação do conceito de hospital público de autogestão¹⁷ (capaz de gerenciamento próprio, de emitir e receber pagamentos de terceiros, etc.) (BELMARTINO, 2005; MEDINA; NARODOWSKI, 2015).

As reformas no setor também impactaram a área específica da saúde sexual. Promoveu-se a criação do Programa Materno Infantil e Nutricional, mais conhecido por sua sigla, PROMIN, e financiado, em parte, pelo Banco Mundial. O objetivo geral era contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, através de um trabalho focalizado nas áreas de alta incidência de pobreza (SORDINI, 2014). Curiosamente, o programa não incluía nenhuma atividade relacionada ao planejamento familiar (GOGNA; ZAMBERLIN, 2012).

No final da década de 1990, a Argentina atravessou um grave período recessivo que explodiu, em dezembro de 2001, em uma crise generalizada nos níveis político, econômico, social e institucional. A recessão econômica associada à queda no consumo, à desvalorização

¹⁷ Figura que seria extinta no governo de De la Rúa, criando-se a dos Hospitais Públicos de Gestão Descentralizada (HPGD), com enfoque similar, mas promovendo o aumento dos recursos orçamentários através da renda obtida com a cobrança dos serviços aos beneficiários de outros subsistemas.

da moeda e ao déficit da balança comercial afetaram o funcionamento do país como um todo, levando à renúncia do cargo do então presidente, Fernando De la Rúa. O setor da saúde, deteriorado, com *obras sociales* falidas (afetadas pelos altos índices de desemprego, que prejudicavam diretamente a sua base de sustentação) e concentração do setor privado, declararia emergência sanitária nacional em janeiro de 2002 (MARTICH, 2013).

O *Programa Médico Obligatorio* (PMO), já existente, passou a denominar-se PMOE, acrescentando-se a variável de emergência, dado o contexto desfavorável que atravessava o país. O PMO estabelecia prioridades na prestação de serviços (uma espécie de mínimo necessário) para a seguridade social, através das *obras sociales* e do setor privado (seguradoras), visando assegurar as condições de acessibilidade e resposta aos pacientes (BELLÓ, 2011; MEDINA; NARODOWSKI, 2015). Com o PMOE, uma série de medidas foram implementadas para amenizar as dificuldades da crise. Por exemplo, os insumos críticos importados foram isentos de impostos, implementou-se a utilização de preços de referência para a seguridade social, e a lei da prescrição de medicamentos pelo nome genérico foi sancionada, associada à implementação do Programa REMEDIAR, com a distribuição gratuita de medicamentos ambulatoriais para o setor público (ISALUD, 2009).

Neste contexto, após a crise generalizada no país, nasce (entre outros) o *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSyPR) e, com ele, o tema aparece pela primeira vez, na agenda pública argentina, desde a perspectiva mais ampla de direitos da população (ARGENTINA, 2011).

3.1.2 Saúde sexual e reprodutiva na agenda pública brasileira

Há décadas, o Brasil vem trabalhando na saúde sexual e reprodutiva, com diferentes enfoques e matizes. É possível identificar quatro momentos chave da temática e da sua inserção na agenda de políticas públicas no Brasil (COSTA, 2008):

- 1- Na década de 1970, a implementação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), do Ministério da Saúde, cujo desenho estava direcionado para a oferta de serviços em saúde para o binômio mãe-filho;

- 2- Em 1984, após intensos debates, a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inovador para a época, inclusive internacionalmente;
- 3- O terceiro momento, e foco da análise empreendida aqui, tem início em 2004, no governo de Luiz Inácio Lula Da Silva e a partir da identificação (um ano antes) pela área técnica da saúde da mulher de diversos “vazios” que necessitavam atenção, com a introdução de modificações no programa existente, transformando-o no que denominou-se de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM);
- 4- A Rede Cegonha, de 2011, como elemento complementar e mais focalizado.

3.1.2.1 Primeiro momento

No início da década de 1960, momento em que os países europeus do pós-guerra avançavam com as políticas natalistas, a pílula anticoncepcional chegava ao mercado no Brasil e se difundia sem maiores dificuldades. A pílula chegava ao país de mãos dadas com o temor de uma “superpopulação mundial” (PEDRO, 2003).

O investimento no controle da natalidade na América Latina esteve diretamente relacionado com a Revolução Cubana (1959), uma vez que os Estados Unidos consideravam que o aumento da população poderia significar o avanço do comunismo na região. Assim, surgiram organizações de ajuda aos povos latino-americanos cuja exigência era a adoção de estratégias de redução do crescimento populacional (reforçando a vinculação entre o crescimento da população e o aumento da pobreza). Contudo, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, ao invés do avanço comunista, ditaduras militares sangrentas se instalaram na região. Nesse período, posturas “antinatalistas” e “anticontrolistas” se enfrentavam. Ao contrário do que sucedia na Argentina, no Brasil, havia com maior intensidade a ideia de que, para implementar um projeto de desenvolvimento nacional, era necessário controlar e diminuir a taxa de fecundidade. De fato, a visão antinatalista prevaleceu, embora não exatamente sob a responsabilidade do governo, mas dos organismos internacionais que encontraram nele uma espécie de “aliado” e começaram a atuar no país. Foi assim que a pílula anticoncepcional chegou ao Brasil muito antes que em outros países (1962), apenas dois anos após ter sido aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA)

norte-americana. As mulheres da classe média aderiram ao consumo da pílula, representando um importante mercado em crescimento. Por sua vez, as mulheres das classes baixas conseguiam acesso gratuito à pílula através de organismos como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) (PEDRO, op.cit.).

Dentre as medidas implementadas pelo Ministério da Saúde brasileiro à época, estão o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1974, e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), em 1977. Esses programas, focalizados na gravidez (CORREA et al., 2003), foram acusados pelo movimento feminista brasileiro de adotar um enfoque controlista sob a orientação internacional de busca de soluções para os problemas sociais do país (COSTA, 1986). O PSMI foi instituído como uma das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento lançado pelo governo militar, com o objetivo de dar um novo rumo para o país. O PPGAR foi criado com a finalidade de promover ações especializadas em riscos reprodutivos e obstétricos; porém, o programa não chegou a ser implementado, o que foi considerado como uma conquista do movimento feminista. O Estado não se organizou imediatamente em torno da temática e esse vazio favoreceu a intensificação das atividades de grupos privados com fins controlistas (BEMFAM, Centro de Pesquisas e Assistência Integrada à Mulher e à Criança - CPAIMC, entre outros) e permitiu que se instalassem no país, levando a contracepção a comunidades distantes e oferecendo serviços de planejamento familiar de tipo duvidoso, uma vez que os métodos contraceptivos de alta eficácia eram distribuídos sem permitir às mulheres decidir livremente nem avaliar os possíveis riscos derivados do seu uso (SOUZA RAMALHO et al., 2012).

No Brasil, o debate em torno da saúde sexual e reprodutiva e, especificamente, do acesso aos métodos contraceptivos, gerou contradições derivadas das enormes desigualdades sociais entre a população alvo dessas políticas. Inicialmente, as campanhas de difusão da pílula anticoncepcional se concentraram no Nordeste, região com elevados índices de pobreza. De acordo com Pedro (2003), as mulheres da “geração da pílula” não necessariamente associavam o uso de contraceptivos orais com sua autonomia feminina (como ocorria em países desenvolvidos, como a França), apenas a consideravam como algo necessário para ter uma família menor, ao mesmo tempo em que algumas o consideravam uma ameaça à sua saúde. O fato é que, paralelamente à difusão da pílula no Brasil, a porcentagem da força de trabalho feminina no país cresceu, passando de 31%, em 1981 para 35%, em 1989, e aumentando ainda mais na década seguinte (BEMFAM, 1997; PEDRO, op.cit.).

Por outro lado, a esterilização feminina foi amplamente disseminada no Brasil, que chegou a ocupar os primeiros postos entre os países com as maiores taxas de esterilização feminina no mundo (SCAVONE, 1999; PEDRO, op.cit.). Na década de 1980, a esterilização feminina era o método contraceptivo mais usado no país, reforçando assim a ideia de uma política de controle da natalidade consonante com os mandatos das organizações internacionais, como o Fundo Monetário Mundial (SCAVONE, op.cit.). Em algumas regiões do país, como o Nordeste, por exemplo, a taxa de esterilização atingia os 64%. Segundo Correa e Petchesky (1996), a alta incidência de esterilizações era uma consequência também de uma combinação de fatores, tais como: a preocupação com os efeitos colaterais ou com a eficácia da contracepção reversível, o fracasso do sistema público em oferecer informação adequada, condições econômicas precárias, entre outros. Foram os grupos feministas que levantaram o debate sobre as injustiças inerentes às altas taxas de esterilização (principalmente para grupos específicos de mulheres, como as negras e pobres), frente ao dilema que se colocava entre aquelas que realmente decidiam fazer o procedimento (e, em sua maioria, pagavam por ele) e aquelas que “decidiam” fazê-lo em condições de constrangimento, resultando em circunstâncias discriminatórias de gênero, raça e pobreza e distorcendo o exercício dos direitos reprodutivos.

Apenas em 1997 a esterilização foi regulamentada por uma lei nacional que definiu os critérios para o acesso gratuito ao procedimento nos serviços públicos de saúde. Entre os critérios estabelecidos estão: ter 25 anos de idade ou mais, ter dois ou mais filhos, ter pleno conhecimento dos riscos e benefícios da operação, que deve ser realizada independentemente do parto. Este último critério se deveu ao fato do Brasil caracterizar-se, há décadas, por um número bastante elevado de cesáreas (SCAVONE, 1999).

3.1.2.2 Segundo Momento

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, em um contexto generalizado de luta pela retomada dos direitos políticos básicos cerceados durante a ditadura militar, as questões reprodutivas começaram a ser discutidas no Brasil em um sentido mais amplo. Foi neste momento de transição e com a reabertura democrática que o feminismo conseguiu influenciar o governo brasileiro na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja concepção tinha um caráter inédito, progressista e algo surpreendente

para a época, se comparado com as políticas públicas implementadas até então (SCAVONE, op.cit.).

O movimento pela reforma sanitária, por um lado, e o movimento feminista, por outro, se integraram em discussões mais amplas promovidas pelos movimentos sociais naquele momento, em defesa da integralidade das ações no campo da saúde (SOUZA RAMALHO, et al., 2012). Nesse contexto, afirma Costa (2009), a proposta do PAISM foi elaborada e lançada oficialmente, em 1984, com a divulgação de um documento que continha as ações a serem implementadas por meio da expansão e articulação da rede de serviços básicos de saúde, com ênfase em atividades chave definidas, segundo critérios epidemiológicos, por seu impacto e transcendência (BRASIL, 1984). De acordo com a Entrevista Nº 2: *“Foi uma conquista ‘negociada’ com a Igreja, com a promessa de que o método natural seria difundido em primeiro lugar. [...] O movimento feminista não foi um apoiador unânime do programa. Por causa da ditadura, havia medo e desconfiança”*.

Em termos de política pública, era a primeira vez que o Estado brasileiro propunha, explicitamente, um programa que contemplava a regulação da fecundidade (DUARTE OSIS, 1998). De forma inédita no país, o programa definia a responsabilidade pública na reprodução e no planejamento familiar, com a provisão de serviços e tecnologias para tal fim e preservando a liberdade individual nas decisões reprodutivas (COSTA, 2008). O planejamento familiar no Brasil foi consagrado na reforma constitucional de 1988, no artigo 226 (parágrafo 7), vinculado às políticas demográficas e à liberdade de decisão dos casais. Posteriormente, foi regulamentado pela Lei Nº 9.263, de 1996, que o estabelece como um direito fundamental de todos os cidadãos e assegura o acesso aos métodos anticoncepcionais, incluída a contracepção de emergência¹⁸.

O PAISM adotou a integralidade das ações como princípio norteador de todos os seus objetivos e incorporou diferentes dimensões das mulheres, contemplando suas necessidades e demandas em saúde. Dessa forma, o programa enfatizou a necessidade de mudanças estruturais nos serviços e na abordagem dos profissionais de saúde. Por exemplo, como afirma Costa (op.cit., pág. 995),

[...] a mortalidade materna, sabidamente associada ao acesso e à qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, requer intervenções que modifiquem a saúde das mulheres não grávidas, cujo estado de saúde repercute no desfecho gestacional. Em outras palavras, são ineficazes aqueles programas ou políticas com objetivo de

¹⁸ Conselho Federal de Medicina, sobre a contracepção de emergência: http://redece.org/resolucao_cfm.pdf
Acesso no dia 08/04/2017

reduzir a RMM que sejam focados exclusivamente, na oferta de ações para o período gestacional, do parto e pós-parto.

Características do PAISM (adaptado de Costa, op.cit.):

- Público alvo: mulheres em geral (não apenas gestantes)
- Objetivo: melhorar a saúde das mulheres em todas as suas fases e ciclos de vida (não apenas reduzir a mortalidade materna)
- Estratégia horizontal e descentralizada
- Ações amplas de resposta às demandas em todos os ciclos de vida
- Educação em saúde e empoderamento das mulheres (não apenas associado à gestação)
- Modelo de atenção integral
- Ampla participação social, promovendo a capacidade crítica das mulheres como sujeitos da ação política.

O PAISM foi considerado, internacionalmente, um programa pioneiro ao propor uma abordagem diferenciada à saúde da mulher, tanto que a noção de integralidade discutida nele serviria de referência para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, algumas questões foram negligenciadas na sua formulação e o programa teve dificuldades de implementação, principalmente na sua primeira década de existência (SOUZA RAMALHO et al., 2012; SCAVONE, 1999). Nesse sentido, segundo Souto (2008), um vazio importante na elaboração do programa foram as perspectivas de gênero, raça e etnia.

Na década de 1990, o contexto internacional favorável e a realização das conferências internacionais relacionadas com o tema (Conferência de População do Cairo, em 1994, e sobre a Mulher em Pequim, em 1995) contribuíram para que os movimentos de mulheres, no Brasil e em outros países da região, avançassem no fortalecimento do debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos (CORREA et al., 2003). No Brasil, desde o final da década anterior, a luta contra o HIV/AIDS, associada ao um processo de feminização da epidemia, e questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva, como a discussão em torno do aborto, o parto natural e humanizado, e a saúde das mulheres de certos grupos específicos, como negras e lésbicas, se transformaram em objeto de grupos feministas (COSTA, 2008). Esse debate produziu questionamentos sobre a política que estava sendo implementada, gerando novas reivindicações e demandas.

3.1.2.3 Terceiro Momento

Como parte da resposta às novas necessidades e aos vazios existentes na matéria, o governo brasileiro reformulou o programa já existente e lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta nova proposta, mais ampla, marca o que podemos chamar de um terceiro momento da temática na agenda pública brasileira e constitui o objeto de análise deste trabalho.

O ponto de partida dessa reformulação foi a realização um diagnóstico de situação da saúde das mulheres brasileiras e das principais causas de morbimortalidade materna. A partir desse diagnóstico, foram definidas as linhas de ação e as estratégias prioritárias que deveriam ser implementadas e foi elaborado um conjunto de princípios e diretrizes que estabeleceram, como objetivo geral, a promoção da saúde da mulher em sua integralidade (SANTOS TAVARES, 2009; SOUZA RAMALHO et al., 2012). Segundo Costa (2008), a nova proposta incorporou o conceito de gênero de maneira mais substantiva, como ponto de partida para a análise das condições de vida das mulheres. Além disso, foram consideradas as desigualdades em saúde e identificadas as demandas específicas de grupos como os das mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e residentes das zonas rurais.

O objetivo do PNAISM é garantir os direitos das mulheres, particularmente no que se refere à sua saúde, ampliando o acesso aos serviços e contribuindo para a redução da morbimortalidade e das desigualdades sociais. As ações a serem implementadas previam a promoção de ações integrais, a humanização dos serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos mesmos (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou um documento intitulado “Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo”. Nesse documento, uma série de propostas e diretrizes de ação são apresentadas, entre elas: fomentar a comunicação através da elaboração de cartilhas educativas para os usuários do sistema; promover a capacitação dos recursos humanos da atenção primária em questões associadas ao planejamento familiar; a ampliação do acesso à contracepção cirúrgica pelo SUS, para mulheres e homens; a implementação de redes integradas de atenção às mulheres vítimas de violência doméstica; a ampliação dos serviços para a realização de abortos nos casos previstos em lei, entre outras (BRASIL, 2005).

Em 2007, o governo federal brasileiro implementou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), tendo a saúde como um dos seus eixos fundamentais. Nesse marco, o

Ministério da Saúde elaborou o Programa “Mais Saúde – Direito de Todos”, que pretendia aprofundar e atualizar os grandes objetivos do SUS, agregando novos desafios e dimensões que contribuíssem à promoção da universalidade, da equidade e da integralidade do sistema (BRASIL, 2008). Alguns anos depois, em 2009, os homens seriam também contemplados com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), que estabeleceu um conjunto de ações e diretrizes com o objetivo de organizar a atenção à saúde dos homens oferecida pelo SUS; algumas delas diretamente ligadas à saúde sexual e reprodutiva, à contracepção e ao planejamento familiar (BRASIL, 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)¹⁹, do ano de 2006, 80,6% das mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) faziam uso de métodos contraceptivos, das quais aproximadamente dois terços utilizavam a pílula ou haviam feito a ligadura de trompas. De fato, comparando os dados da PNDS de 1996 e 2006, apesar de ter havido uma redução nas taxas de incidência da esterilização feminina, ela continuava sendo mais comum entre as classes sociais mais baixas (menor faixa de renda e menor escolaridade). Igualmente, embora as diferenças tenham diminuído, a porcentagem de mulheres que não faziam uso de nenhum método contraceptivo entre as classes mais baixas ainda era, em 2006, quase o dobro do que entre as mulheres com maior poder aquisitivo (PERPETUO; RODRIGUEZ WONG, 2008), o que evidencia a persistência das desigualdades no acesso à contracepção condicionadas pela variável classe social.

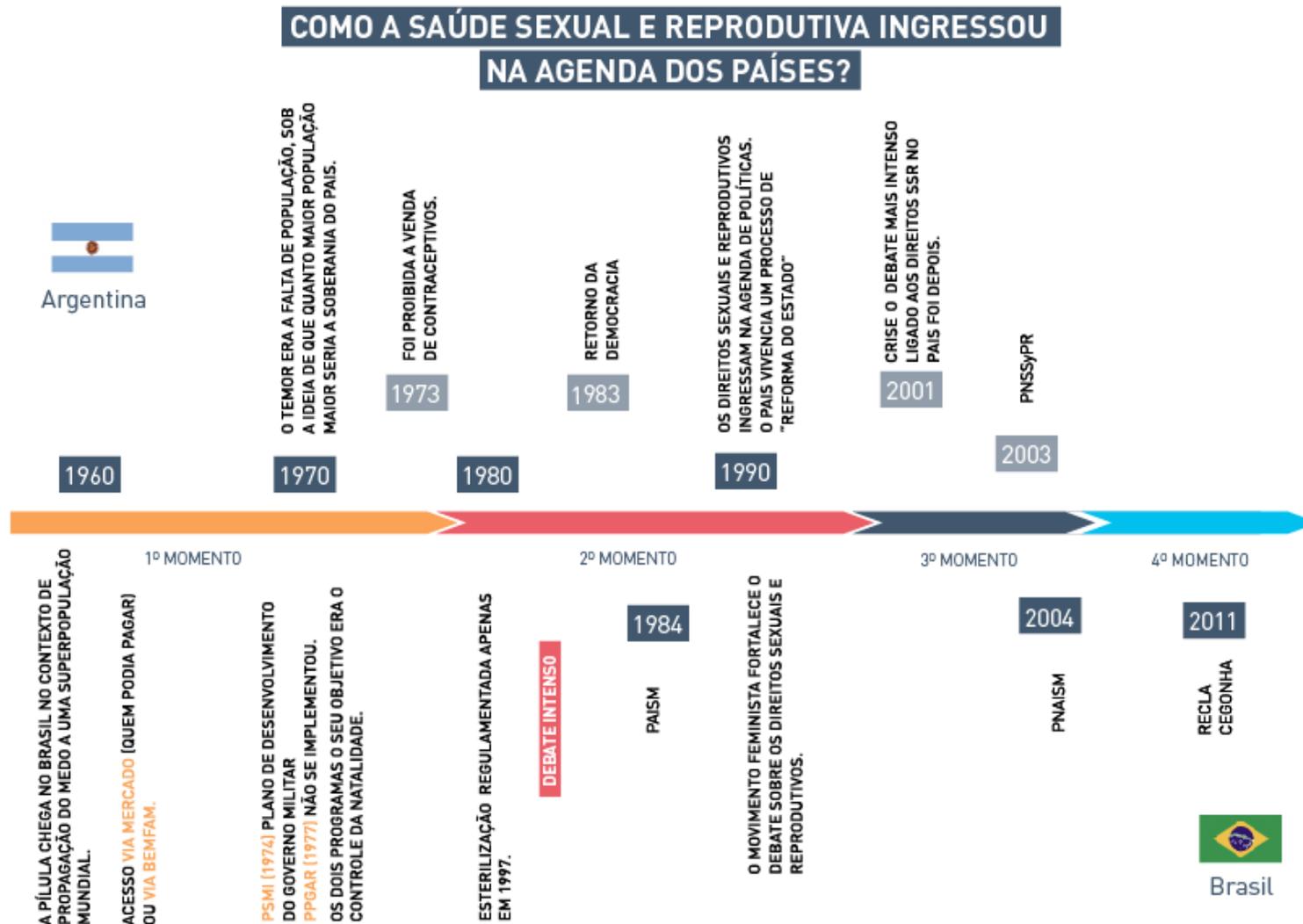
De acordo com Souza Ramalho et al. (2012), a reformulação da política não teria sido suficiente para garantir o proposto em seus objetivos, havendo problemas na sua implementação. Em parte, essas dificuldades na execução da política, segundo os autores, estão associadas a um problema mais amplo e geral de acesso aos serviços de saúde que constitui, na prática, um privilégio que apenas alguns grupos da população possuem, enquanto outros continuam recebendo respostas precárias.

O governo brasileiro, buscando a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, estabeleceu que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encarregada de regular os planos de saúde privados no Brasil, passasse a desenvolver ações de planejamento familiar junto aos seus afiliados (BRASIL, 2009). Porém, não existem mecanismos que regulem a prestação desse tipo de serviço, de onde se entende que permanece a critério de cada empresa implementar ou não iniciativas dessa natureza.

¹⁹ <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/> Acesso no dia 08/04/2017

Finalmente, em 2011, a criação da “Rede Cegonha”, no âmbito do SUS (Resolução 1.459 do Ministério da Saúde), marca um quarto momento da temática na agenda pública brasileira. O objetivo dessa estratégia foi organizar a rede de atenção materno-infantil, de modo a contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. Segundo Costa (2008), essa rede de cuidados visa assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante a gestação, o parto e puerpério, e a atenção às crianças, garantindo a elas um nascimento seguro e um desenvolvimento saudável. Contudo, apesar do aborto ser reconhecido como um dos principais problemas associados à mortalidade materna, não foi mencionado entre as preocupações e/ou objetivos da estratégia. Na entrevista N° 2, afirmou-se que, “[...] com a Rede Cegonha, houve um certo retorno ao tratamento do binômio mãe-filho”.

GRÁFICO Nº 3. Como a saúde sexual e reprodutiva ingressou na agenda pública dos países?



Fonte: elaboração própria.

3.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM AMBOS OS PAÍSES ENTRE 2003-2015

3.2.1 *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSyPR)

Em outubro de 2002, o governo argentino sancionou a Lei Nº 25.673²⁰, que deu origem ao *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSyPR), no âmbito do Ministério da Saúde (ARGENTINA, 2011). Assim, passou-se de um período importante no qual a temática esteve fora da agenda de políticas públicas para um momento de maior visibilidade, em um contexto favorável à sua reincorporação (GOGNA; ZAMBERLIN, 2012), promovendo mudanças institucionais e programáticas. No entanto, o percurso não tem sido exatamente esse, no caso específico dos contraceptivos e menos ainda do aborto (SZULIK et al., 2008). O acesso aos anticoncepcionais, assim como a discussão sobre a descriminalização do aborto, é uma das questões mais polêmicas no que tange à saúde sexual e reprodutiva, incluindo períodos de proibição da sua distribuição no país.

Em 2001, a prevalência do uso de contraceptivos na Argentina (em mulheres sexualmente ativas, entre 15 e 49 anos de idade) era de 65,3% (GOGNA; ZAMBERLIN, op.cit.). Após a aprovação da lei 25.673, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) fez uma doação importante de anticoncepcionais orais, DIUs e preservativos masculinos, além de oferecer assistência técnica para o monitoramento da implementação do Programa Nacional no país. Em 2013, onze anos após a sua implementação, a Pesquisa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, realizada pelo Ministério da Saúde, apontou que o índice de prevalência havia alcançado 81,3%. Contudo, persistem na Argentina desigualdades significativas e o acesso aos métodos contraceptivos está, em grande medida, condicionado às variáveis classe social, nível de renda, escolaridade e lugar de residência (urbano ou rural), entre outros fatores (GOGNA; ZAMBERLIN, op.cit.; UNFPA 2016).

²⁰ Antes de ser sancionada a lei nacional, já existiam leis similares em 14 das 23 províncias. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm> Acesso no dia 18/04/2017

TABELA Nº 3. Posição dos diversos atores frente à nova estratégia do governo argentino

ATOR	POSIÇÃO
<p>Governo Nacional</p>	<p>No início do governo de Nestor Kirchner (2002), e apesar do seu discurso a favor dos direitos humanos, o panorama para as mulheres não era o melhor. Foi nomeada, à frente do Conselho Nacional da Mulher, María Lucila “Pimpi” Colombo, do partido <i>Nueva Dirigencia</i>, liderado por Gustavo Beliz e historicamente aliado da hierarquia católica argentina. Colombo declarou publicamente a sua postura contra o aborto e afirmou que trabalharia para o fortalecimento da família.</p> <p>Juliana Di Tullio, representante de temas relativos à mulher no Ministério das Relações Exteriores e Culto, defendia em 2005 que era preciso trabalhar sobre os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, a autonomia dos adolescentes nos serviços de saúde e a definição de família (BROWN, 2008).</p> <p>Por outro lado, o então Ministro da Saúde, Dr. Ginés González García, se convertia em uma espécie de “aliado” do movimento de mulheres ao impulsionar, no Estado, uma investigação sobre a mortalidade materna²¹ e colocar o tema na agenda, comprometendo os secretários de saúde provinciais a trabalharem para reduzi-la. Além disso, destacou a importância da descriminalização do aborto para a melhora desse indicador e incluiu a sua assinatura na “Campanha Nacional pelo Direito ao Aborto legal, seguro e gratuito”, em 2005. Contudo, ao assumir o cargo de ministro, a questão do aborto foi retirada da agenda.</p> <p>O então presidente, Néstor Kirchner, tinha uma postura um tanto ambígua. Apoiava o ministro da saúde, mas, ao mesmo tempo, resistia em aprovar o protocolo da CEDAW, cedendo às pressões da hierarquia católica e de outros grupos pró-vida. Mais tarde, o protocolo foi finalmente aprovado (BROWN, 2008).</p>
<p>Governos provinciais e Legisladores</p>	<p>Após a aprovação da lei, alguns governadores provinciais não sabiam como executariam o programa de saúde sexual, alegando falta de recursos orçamentários, principalmente para a compra de anticoncepcionais, e falta de capacitação para os profissionais da saúde. Também manifestavam a sua preocupação com a ausência de continuidade das políticas para a execução do que determina a lei.</p> <p>Em algumas províncias do interior do país, como Jujuy, os governadores declararam a sua</p>

²¹ Durante a década de 1990, a mortalidade materna na Argentina alcançou 5,2% (ROMERO et al., 2010).

	<p>preocupação com questões “culturais” e consideravam que seria um problema promover a inclusão dos homens na contracepção, tradicionalmente relegada às mulheres (CESILINI; GHERARDI, 2002).</p> <p>Entre os legisladores, havia divergências no interior dos partidos, ao debater a lei de saúde sexual. Muitas vezes, as posições contrárias se deviam a oportunidades eleitorais (CESILINI; GHERARDI, op.cit.).</p>
<p>Movimento de mulheres e outras organizações da sociedade civil a favor dos direitos sexuais e reprodutivos</p>	<p>Em 2005, houve uma articulação importante entre o movimento de mulheres e organizações correlatas, com o lançamento público da “Campanha Nacional pelo Direito ao Aborto legal, seguro e gratuito” (BROWN, 2008).</p> <p>Na Argentina, as organizações da sociedade civil que desenvolvem ações ligadas à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos se dividem em dois grandes grupos: as que prestam serviços e as que praticam o “<i>advocacy</i>”. As primeiras, que geralmente focalizam a população mais desfavorecida, têm tido um desenvolvimento bastante exíguo no país, em comparação com outros países da região. As segundas buscar exercer influência sobre as decisões de política pública. Nos últimos anos, surgiram algumas instituições que poderíamos incluir em um terceiro tipo, encarregadas de acompanhar e/ou monitorar a implementação do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva no país (ZAMBERLIN, 2006).</p>
<p>Igreja Católica e setores conservadores</p>	<p>A Argentina tem sido uma aliada importante da Santa Sé no mundo, em questões relacionadas à família. Na Conferência de População do Cairo, em 1994, o país votou contra questões associadas à temática (CESILINI; GHERARDI, 2002). “<i>A Igreja Católica, na Argentina, tem sido um dos atores com maior força opositora na discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva</i>” (Entrevista N° 6, tradução nossa).</p> <p>Apesar de o governo nacional ter assumido uma postura ativa sobre temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, sancionando leis e implementando programas, a Igreja Católica continua preservando a sua capacidade de pressão. De fato, ela foi capaz de impedir, em determinado momento, a distribuição de contraceptivos pelo Ministério da Saúde. O bispo Casaretto, da Cáritas Argentina, conseguiu que o então ministro da saúde, Dr. Ginés González García, retirasse esses insumos da farmácia do Programa REMEDIAR (MALLIMACI, 2005).</p> <p>Simultaneamente, crescia a quantidade de grupos laicos “pró-vida” ou pró-família, que divulgavam suas ideias pela internet.</p> <p>[...] A Igreja Católica se opõe à essa política, alegando que a formação a respeito da</p>

	sexualidade é de índole privada, cuja responsabilidade compete aos pais e não à escola (PETRACCI; PECHENY, 2009).
Organismos Internacionais com atuação no país	Em função da baixa fecundidade argentina, o país não é uma prioridade para muitos organismos internacionais. Contudo, a sua presença no país vem aumentando ao longo dos anos. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) tem sido um aliado fundamental na implementação do PNSSyPR (ARGENTINA, 2011).
A corporação médica	Uma parte desse setor apresentava forte oposição à lei, uma vez que cobravam, em seus consultórios privados, pela realização de práticas que o setor público não oferecia, como a colocação de DIUs ou inclusive o aborto (CESILINI; GHERARDI, 2002).

Fonte: elaboração própria.

3.2.1.1 *Objetivos Gerais do PNSSyPR*

O PNSSyPR foi instituído a partir de um conjunto de objetivos gerais explícitos no Artigo 2 da Lei Nº 25.673 (ARGENTINA, 2011, tradução nossa):

a) Oferecer à população o nível mais elevado de saúde sexual e procriação responsável, para que possam tomar decisões livres de discriminação, coação ou violência; b) Diminuir a morbimortalidade materno-infantil; c) Prevenir gravidezes não desejadas; d) Promover a saúde sexual dos adolescentes; e) Contribuir para a prevenção e a detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e de patologias genitais e mamárias; f) Garantir a toda a população o acesso à informação, à orientação, aos métodos e aos serviços relativos à saúde sexual e à procriação responsável; g) Apoiar a participação feminina na tomada de decisões relativas à sua saúde sexual e à procriação responsável.

3.2.1.2 *Etapas do Programa*

Durante o período analisado (2003-2015), considera-se que o Programa atravessou três etapas (ARGENTINA, 2011): a) uma etapa inicial que se estende da sua origem, em 2003, até o ano de 2006; b) uma etapa de institucionalização, entre os anos 2006-2010; e c) uma etapa de consolidação, entre 2010 e 2015. Ao final desse período, em dezembro de 2015, assumia um novo governo nacional na Argentina, representando uma mudança política e ideológica no país e, com ela, alterando o rumo de grande parte de suas políticas sociais e sanitárias, incluídas as políticas de saúde sexual e reprodutiva especificamente.

Em sua primeira etapa, o Programa se encontrava na órbita da Direção Nacional de Maternidade e Infância, do Ministério da Saúde. Na fase seguinte, o Programa ganhou autonomia administrativa e financeira, vinculado à Secretaria de Políticas Sanitárias²². Nessa segunda etapa, avançou-se em direção a um novo enfoque, o dos direitos da mulher para além do seu mero papel reprodutivo, atendendo às suas demandas e necessidades. As mudanças culturais se refletem, portanto, na questão sanitária: se antes a saúde sexual e reprodutiva se limitava à oferta de serviços ligados à gestação e ao seu controle, ao parto e puerpério, agora não mais. Finalmente, na terceira e última fase (consolidação), fortaleceu-se o trabalho

²² Institucionalmente, no Ministério da Saúde, as Secretarias estão em uma posição hierárquica superior às Direções Nacionais.

territorial, buscando ampliar e garantir o acesso aos métodos contraceptivos, respeitando as diversas identidades e incluindo também os homens, em uma proposta de abordagem integral. Porém, reconhecer esses avanços não significa dizer que não foram encontradas dificuldades, principalmente no que se refere às desigualdades de acesso e às diferenças regionais no país.

Nessa direção, reduzir as brechas entre a população se converteu no objetivo central do Programa nessa última fase, priorizando-se **quatro eixos**: promover o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; promover a igualdade de oportunidades para a população; melhorar a qualidade da atenção dos serviços de saúde; e ampliar e fortalecer a redistribuição de recursos materiais e simbólicos. Para tal, foram desenvolvidas **quatro estratégias**: articulação com as províncias; consolidação do sistema de asseguramento de insumos contraceptivos; capacitação dos recursos humanos; e implementação de estratégias de comunicação e difusão dos direitos sexuais e reprodutivos (ARGENTINA, 2011).

A **distribuição gratuita de contraceptivos** foi uma das pedras angulares do Programa Nacional, a partir da qual se estruturaram as demais estratégias. Em 2007, organizou-se o Sistema de Asseguramento de Insumos Anticoncepcionais (SAIA) para a distribuição de dois métodos: pílulas anticoncepcionais (público alvo: mulheres entre 14 e 49 anos de idade, sem cobertura de obra social ou seguradora privada) e preservativos masculinos (público alvo: homens e mulheres entre 14 e 64 anos de idade, sem cobertura de obra social ou seguradora privada). No caso daqueles que possuem algum tipo de cobertura, seja da seguridade social ou do setor privado, desde 2004, os métodos contraceptivos foram incluídos no PMO, sendo disponibilizados de forma gratuita ou co-financiada, conforme o caso.

Em 2007, com a Resolução Ministerial 232/07, o setor público passou a disponibilizar o anticoncepcional hormonal de emergência (AHE). O AHE foi incorporado também ao PMO, devendo a sua provisão ser garantida aos beneficiários das *obras sociales* e das seguradoras privadas (PETRACI; PECHENY, 2009). No entanto, na prática, existem dificuldades e barreiras no acesso a esse método, que se mantêm ao longo do tempo. Nas palavras de Petraci e Pecheny (op.cit, pág 47, tradução nossa):

[...] os serviços de saúde, por ação ou omissão, contribuem para a perpetuação dessa zona cinzenta, que impede de entender as diferenças entre os anticoncepcionais de uso regular, a contracepção de emergência e os mecanismos de interrupção da gravidez.

Por outro lado, cabe também destacar que, desde 2006, com a aprovação da Lei Nº 26.130²³, foi promovido o acesso à contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia). A norma estabelece, entre outros requisitos, que não é necessário o consentimento do cônjuge, ao contrário do que exige a lei no Brasil. Não obstante, ela contempla, em seu artigo 6, a “*objeção de consciência*” dos profissionais da saúde, que podem negar-se a praticá-la se assim decidirem. A Resolução 755, de 2006, da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS, órgão regulador de parte do subsistema da seguridade social) estabeleceu que as *obras sociales* e as seguradoras privadas devem garantir o acesso dos seus beneficiários à contracepção cirúrgica, caso optem por fazê-lo e reúnam as condições necessárias (PETRACI; PECHENY, 2009). Essa norma surgiu após longas e intensas disputas judiciais, principalmente de mulheres que solicitavam autorização do poder judicial para fazer a ligadura de trompas. A disponibilização da contracepção cirúrgica, na Argentina, foi parte de um processo liberalizante que, se bem reuniu diferentes posturas, todas convergiam no direito à autonomia sexual e reprodutiva. Este último aspecto se materializa, segundo Del Rio Fortuna (2013), no fato de não ser exigido o consentimento do cônjuge para a realização do procedimento.

A **articulação com as províncias** implicou um esforço de considerar a diversidade de modalidades de gestão, abordagens e práticas institucionais existentes, no desenvolvimento de acordos de trabalho e de articulação entre os três níveis de governo. O PNSSyPR orientou os seus esforços, desde a perspectiva de gênero, para garantir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para toda a população. Assim, cabe destacar que a noção de “acesso” adotada no programa incluía aspectos que iam além da simples existência de serviços de saúde e da distribuição gratuita de contraceptivos. Dela derivam outras duas estratégias implementadas: a **capacitação de recursos humanos para a implementação de Assessorias** – uma proposta de difusão de informação voltada para a promoção da saúde, além da criação de espaços de atendimento personalizado, com pessoal capacitado, aos quais os usuários do sistema de saúde possam recorrer e receber informação (MSAL, 2010); e a **implementação de estratégias de comunicação e difusão**, para que a população conheça os seus direitos sexuais e reprodutivos. Foram implementadas também Assessorias em Saúde

²³ A lei estabelece que os hospitais públicos, as *obras sociales* e as seguradoras privadas devem disponibilizar ligaduras de trompas e vasectomias de forma totalmente gratuita a todas as mulheres e homens, maiores de 18 anos, que solicitem o procedimento, requerendo a assinatura do seu consentimento informado.

Integral, onde as pessoas podiam esclarecer dúvidas e necessidades no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

A partir de 2010, a distribuição de anticoncepcionais passou a ser feita através do Programa REMEDIAR + REDES, do Ministério da Saúde, que previa a distribuição gratuita de medicamentos essenciais à população. Nos Centros de Atenção Primária em Saúde, a distribuição era feita diretamente nas “farmácias” do programa e, nos hospitais, através dos Programas Provinciais. Tratava-se de um trabalho conjunto entre as equipes técnicas de ambos os programas, o de saúde sexual e reprodutiva, por um lado, e o REMEDIAR, por outro (ARGENTINA, 2011).

Foi elaborada uma cartilha para a distribuição dos insumos do PNSRyPR, chamada “*Métodos contraceptivos. Guia para um acesso sem barreiras*”. Nela, são apresentados todos os métodos oferecidos, identificados pelo nome, e as suas respectivas vantagens e desvantagens de acordo com a situação de cada paciente. Ao longo dos anos, o programa foi incorporando a oferta de novos insumos – como o DIU e os kits para sua colocação, o anticoncepcional hormonal de emergência (2007) e o teste rápido de gravidez (2011) – como parte dos compromissos assumidos, pela Argentina, com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o ano de 2015. A disponibilidade do teste rápido de gravidez, ao contribuir para a detecção precoce da gestação, permitindo a realização dos controles e da atenção adequados, tem um impacto positivo importante sobre os índices de saúde materna.

A maior parte dos insumos era financiada pelo governo nacional, embora as províncias também contribuíssem realizando compras com fundos próprios (ARGENTINA, op.cit.). Segundo dados do programa nacional para o ano de 2010, o governo federal e as províncias distribuíram mais 41 milhões de tratamentos contraceptivos em toda a Argentina. A população usuária do programa abrangia todas as regiões do país, e foi aumentando com o passar dos anos. Além disso, como já mencionado, as *obras sociales* e as seguradoras privadas são obrigadas por lei a cobrir os medicamentos de uso ambulatorial (em sua totalidade ou parcialmente, na forma de co-pagamentos). No caso específico dos anticoncepcionais, a Argentina e o Uruguai são os únicos países da região a fornecê-los gratuitamente aos usuários tanto do setor público quanto da seguridade social (no caso da Argentina) e do setor privado (UNFPA, 2016).

3.2.1.3 Ações complementares

Paralelamente, surgiram uma série de normas que contribuíram para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos na Argentina.

A Lei Nacional 26.150/2006 instituiu o **Programa Nacional de Educação Sexual Integral**, uma importante estratégia intersetorial do PNSSyPR com o setor da educação. O programa foi criado no âmbito do Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia e, de forma coordenada com o PNSSyPR e com grupos de especialistas, foram elaborados os currículos a serem distribuídos nas instituições educativas. Os objetivos desse programa (que cada província poderia adaptar à sua realidade sociocultural) tratavam de, por um lado, incorporar a temática às propostas educativas e garantir a transmissão de conhecimentos pertinentes aos diversos aspectos associados ao tema; e, por outro, promover a sexualidade responsável, prevenir problemas de saúde derivados da falta de conhecimento sobre o assunto e promover a igualdade de tratamento entre homens e mulheres.

No entanto, havia divergências sobre a proposta. Segundo Cepeda (2008), após várias tentativas de aprovação e várias modificações ao projeto original, o texto final da lei não faz qualquer menção explícita à perspectiva de gênero. Alguns de seus maiores opositores foram a Igreja Católica e os setores mais conservadores. O Conselho Superior de Educação Católica (CONSUDEC) emitiu um documento no qual manifestava a sua preocupação não apenas com a incorporação da educação sexual aos currículos escolares, mas também pela adesão da Argentina à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) que, segundo eles, constituía uma via para promover práticas abortivas (CEPEDA, op.cit.).

Outras ações complementares implementadas no período foram a Lei 25.929, que versa sobre o direito de pais e filhos durante o processo de nascimento, mais conhecida como a **lei do respeito ao parto**; a **Lei Nacional do regime especial para alunas gestantes** (No 25.273/00), a Lei 25.584/02 de ações contra a discriminação de alunas mães, e a Lei Nacional de Educação (26.206/06), que buscaram promover a inclusão educativa de mulheres-mães.

3.2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Esta política nacional foi instituída em 2004 como parte da reformulação do programa existente até então (PAISM), buscando ampliar seu alcance e reformular suas estratégias.

Tratou-se de uma espécie de versão atualizada do programa anterior, incorporando debates recentes e ampliando conceitos, enfoques e propostas (JANOTTI et al., 2007).

Desde a década de 1990, a saúde integral da mulher vinha sendo gradualmente transformada em diferentes eixos programáticos (programas contra o câncer, controle pré-natal, parto, planejamento familiar, etc.), implementados sob uma ótica verticalista e financiados com fundos específicos, contradizendo, assim, o sentido da integralidade proposta inicialmente (COSTA, 2008). Pela sua lógica de implementação, intimamente ligada ao funcionamento do SUS, os problemas inerentes ao próprio sistema de saúde não podem ser deixados de lado. Como afirma Costa (op.cit, pág. 1000), “o acesso universal... está distante de ser atingido no país, ainda marcado pelas desigualdades”.

Após o intenso processo de descentralização do SUS, os municípios se converteram em um ator chave da sua implementação. A responsabilidade da garantia do acesso ao sistema de saúde recai sobre os órgãos municipais, cuja capacidade de resposta varia enormemente. Essa diversidade no acesso e na resposta às demandas de saúde não escapa à saúde sexual e reprodutiva. Com a implementação do PNAISM, tudo parecia indicar uma mudança e a recuperação do sentido inicial da integralidade na política de saúde da mulher. No entanto, a focalização persistiu e, rapidamente, o programa voltou a focar-se em questões específicas. Em compensação, buscou-se incluir demandas de saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos, como as mulheres negras, transexuais, lésbicas e residentes em áreas rurais (ibid.).

A implementação do PNAISM se deu através da *Estratégia Saúde da Família* (ESF), programa de atenção primária (ou atenção básica, como comumente se denomina) amplamente difundido no país (BRASIL, 2010). A saúde sexual e reprodutiva foi incluída nas ações da atenção primária com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Assim, as equipes multidisciplinares da ESF assumem um papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva e na atenção às dificuldades que os usuários do sistema público possam ter nesse sentido, considerando seu entorno familiar e social.

As ações específicas geralmente focalizam as mulheres, mas os homens vêm sendo paulatinamente incorporados, apesar desta ser ainda uma iniciativa muito incipiente. Tradicionalmente, as mulheres são objeto de maior medicalização e é necessário ampliar a abordagem em relação aos homens, afirmando a sua corresponsabilidade nas questões relativas à sexualidade e à reprodução. A tarefa não é fácil e, em muitos casos, os

profissionais da ESF não se sentem preparados para abordar as questões de saúde sexual e reprodutiva que envolvem a atenção clínica, as ações educativas e o aconselhamento dos usuários. Além disso, em alguns casos, as dificuldades se referiam também à infraestrutura necessária, que nem todos os municípios dispunham (BRASIL, op.cit.).

3.2.2.1 Posição dos atores

No caso brasileiro, grande parte dos debates e discussões em torno da saúde sexual e reprodutiva ocorreu na década de 1980, quando da formulação PAISM que, modificado, deu lugar ao PNAISM, analisado neste trabalho. Por essa razão, no quadro a seguir, são introduzidos elementos do debate e o posicionamento dos “atores chave” em ambos os momentos.

TABELA Nº 4. Posição dos Diversos Atores frente à nova estratégia do Governo Brasileiro

ATOR	POSIÇÃO
<p>Governo Nacional</p>	<p>O comércio da pílula anticoncepcional no Brasil teve início em 1962, e o seu auge em plena ditadura militar. Diferentemente do contexto argentino, onde a ditadura proibía a circulação de contraceptivos, no Brasil, as posturas variavam entre pró- e antinatalistas (PEDRO, 2003). Os militares consideravam o aumento da pobreza e a existência de famílias muito numerosas uma ameaça à segurança nacional (COSTA, 2009). O PAISM foi apresentado pelo então ministro da saúde, Valdir Arcoverde, durante uma Comissão Parlamentar que investigava aspectos do crescimento populacional.</p> <p>O planejamento familiar foi consagrado na Constituição Federal de 1988, contudo, os resultados estavam longe de serem alcançados (COSTA, op.cit.).</p> <p>Quase duas décadas depois, em 2003, o governo federal reconheceu a necessidade de uma reconfiguração da política, incorporando novos debates, adotando uma perspectiva de gênero e contemplando as particularidades de grupos sociais específicos. Assim surgiu o PNAISM, como parte de uma reformulação do programa anterior, impulsionada pelo próprio governo (JANOTTI et al., 2007).</p>
<p>Governos subnacionais (Estados e Municípios)</p>	<p>A interação entre os três níveis de governo nunca foi simples, marcada sempre pelo favorecimento e desfavorecimento de uns e de outros (UNFPA, 2016). A inclusão da questão de gênero nos governos subnacionais se dá por influência de diversos atores, desde os governos nacionais até as organizações internacionais e/ou os movimentos nacionais com alcance territorial local (FERREIRA SANTOS FARAH, 2004).</p> <p>Os municípios, especialmente os pequenos, insistiam nas dificuldades em implementar uma estratégia desse tipo, em particular no que se refere ao fornecimento de insumos contraceptivos, visto como um “peso” para os orçamentos municipais da saúde. Além disso, surgiam também dificuldades relacionadas a questões morais ou éticas que eram manifestadas nos Conselhos Municipais de Saúde (REPROLATINA, 2017²⁴)</p>
<p>Movimento de mulheres e outras organizações da</p>	<p>A posição assumida pelos movimentos sociais foi a do controle social do acesso à saúde em geral. Favoráveis à ampliação de direitos, inclusive dos direitos sexuais e reprodutivos, demandavam a</p>

²⁴ <http://www.reprolatina.org.br/boletins-tecnicos> Acesso no dia 03/05/2017

<p>sociedade civil a favor dos direitos sexuais e reprodutivos</p>	<p>implementação efetiva das iniciativas previstas no programa (COSTA; AQUINO, 2000).</p> <p>Embora o movimento feminista tenha tido pouca participação na liberação dos anticoncepcionais no Brasil, muito em função da ditadura militar à época, que impedia qualquer tipo de manifestação popular, esses grupos tiveram uma participação ativa na luta pela implementação do PAISM (MARTINS DUARTE OSIS, 1998). Em meados da década de 1970, parte da estratégia do movimento de mulheres era “não assustar a Igreja”, tornando-se praticamente sua aliada, chegando inclusive a repetir os mesmos discursos de crítica aos anticoncepcionais hormonais quando, na verdade, a crítica se devia aos seus efeitos colaterais (PEDRO; 2003).</p> <p>Na fase posterior de debates e de reformulação da política, isto é, no início dos anos 2000, esses movimentos recobriram sua força e seu papel de protagonistas. Advertiam o próprio sistema de saúde sobre suas condutas discriminatórias, ou mesmo sobre a falta de resposta a determinadas demandas. Reivindicavam os direitos das mulheres, enfatizando a diversidade de abordagens e as necessidades específicas de grupos minoritários, como as mulheres negras, lésbicas, trabalhadoras rurais, detentas, etc. Nesse sentido, esses movimentos se sentiram contemplados quando, na reformulação do PNAISM, foi proposto o atendimento às demandas específicas (COSTA, 2008).</p>
<p>Igreja Católica e setores conservadores</p>	<p>As tensões entre a Igreja Católica e o Estado têm sido constantes frente à postura dogmática da Igreja em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e ao planejamento familiar (COSTA, op.cit.).</p> <p>Não obstante, a postura da Igreja Católica parece ter sido mais tolerante no Brasil do que na Argentina, diante dos avanços e da implementação de um programa nacional de SSR. Isso se evidencia na participação de representantes da própria Igreja Católica nas discussões anteriores ao PAISM no Ministério da Saúde, na década de 1980. Essa postura se deveu ao reconhecimento dos perigos sociais derivados do aumento da pobreza e da necessidade de promover o planejamento familiar no âmbito da saúde pública (Entrevista Nº 2).</p> <p>Segundo a entrevista Nº 2: <i>“Recentemente, o avanço dos grupos evangélicos conservadores na arena política e, especificamente, no Congresso Nacional, tem apresentado resistência à consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos”</i>.</p>
<p>Organismos Internacionais com atuação no país</p>	<p>Esses organismos exerceram grande influência na agenda local das políticas demográficas e de saúde sexual e reprodutiva, nas décadas de 1960 e 1970, quando havia uma espécie de “vazio” na área, por parte do Estado (FERREIRA SANTOS FARAH, 2004). Assim, entidades como o BEMFAM se instalaram no país, sobretudo nas áreas de extrema pobreza ou distantes dos grandes centros urbanos, e</p>

	<p>distribuíam contraceptivos, sem maiores acompanhamentos, às mulheres sem recursos (PEDRO, 2003).</p> <p>Na década de 1990, organismos como o UNFPA se aliaram ao governo em matéria de cooperação para a aquisição de insumos contraceptivos quando teve início a sua distribuição no país, com a implementação do PAISM. O Fundo de População das Nações Unidas, como parte de um acordo de cooperação com o governo brasileiro, doou ao país grande parte desses insumos (BRASIL, 2005).</p> <p>Entrevista N° 6: <i>“Algumas décadas depois, a situação é praticamente oposta. Esses organismos perderam participação e ingerência no campo da saúde sexual e reprodutiva no Brasil”</i>.</p>
<p>A corporação médica</p>	<p>Na década de 1980, parte da corporação médica, especialmente aqueles vinculados a organizações como o BEMFAM, se opôs à implementação do programa, apontando suas contradições e suspeitando tratar-se, na realidade, de um “disfarce” do governo militar para promover o controle demográfico da população (MARTINS DUARTE OSIS, 1998).</p> <p>Além disso, de modo similar ao que ocorria na Argentina, uma parte da corporação médica no Brasil se opunha à distribuição gratuita de contraceptivos pelo Estado, alegando razões econômicas (CESILINI; GHERARDI, 2002).</p> <p>Entrevista N° 3: <i>“[...] os médicos, principalmente do setor público, se converteram ao longo dos anos em críticos ferrenhos do uso do DIU e isso influenciou bastante a queda no seu uso”</i>.</p>

Fonte: elaboração própria.

O PNAISM foi elaborado a partir de um conjunto de diretrizes que orientou o seu desenho enquanto política pública. Foram incorporadas ao programa questões como a atenção humanizada às mulheres em situação de aborto, as mulheres em fase de climatério, a participação masculina no planejamento familiar, a saúde das mulheres lésbicas, trabalhadoras rurais, negras, indígenas, adolescentes e em situação de privação de liberdade. Ademais, o texto traz uma referência explícita à incorporação da perspectiva de gênero como um instrumento não apenas conceitual, mas também político (JANOTTI et al., 2007).

Assim, rompe-se com a perspectiva anterior, estritamente ligada à reprodução, para tentar abranger aspectos mais amplos da saúde da mulher, em todos os grupos etários e ciclos de vida. A integralidade visa promover uma dinâmica inclusiva que permita atender às demandas em todos os níveis assistenciais. A intersetorialidade se reflete na pretensão de que a política estabeleça relações com outros setores governamentais que contribuam para o exercício dos direitos das mulheres. A humanização se refere ao comportamento dos profissionais da saúde, que devem ser capazes de responder às necessidades dos sujeitos e garantir seus direitos. A participação social da sociedade civil figura como um mecanismo de controle e acompanhamento do programa, e garantia de sua implementação (BRASIL, 2009).

Outra iniciativa do governo foi, em 2005, a emissão de um documento pelo Ministério da Saúde, intitulado *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*, no qual declara esses direitos como uma prioridade (JANOTTI et al., op.cit.).

3.2.2.2 *Objetivos gerais e específicos*

Os objetivos gerais estabelecidos pelo PNAISM são (BRASIL, 2009, p.67):

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, destacam-se (BRASIL, op.cit. p.69-72):

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
2. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
5. Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina;
6. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
10. Promover a atenção à saúde da mulher negra;
11. Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade;
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população;
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

A promoção do acesso aos contraceptivos não figura entre os seus objetivos específicos, mas se desprende como um item do objetivo específico nº 2, onde é mencionada a intenção de garantir a oferta de anticoncepcionais à população em idade reprodutiva e de ampliar o acesso das mulheres às informações sobre os métodos disponíveis.

Desde o final da década de 1980, com a implementação do PAISM, o Ministério da Saúde distribui contraceptivos aos estados, apesar das descontinuidades no fornecimento. Inicialmente, esses insumos provinham de doações das Nações Unidas, como parte de um acordo de cooperação entre o Fundo de População e o governo brasileiro. No início da década

de 1990, os anticoncepcionais hormonais orais passaram a ser adquiridos através da Central de Medicamentos (CEME), interrompida em 1997 com a decisão de descentralizar os recursos federais para os estados e municípios, para o financiamento do que se denomina de assistência farmacêutica básica. Tratam-se de ações e serviços relacionados aos medicamentos em suas diversas dimensões, com ênfase nos pacientes, na comunidade e na promoção da saúde (VIEIRA, 2010).

A partir de então, foram poucos os estados e municípios que incluíram métodos contraceptivos nas suas listas de insumos a serem adquiridos. No ano de 2000, o Ministério da Saúde reassumiu a compra centralizada de anticoncepcionais reversíveis a serem incluídos no SUS, para distribuí-los às Secretarias de Saúde dos estados. No entanto, após auditorias constatarem dificuldades na distribuição entre os estados e municípios, em função de problemas no armazenamento e do desconhecimento das ações e estratégias de planejamento familiar, a estratégia foi interrompida. Em 2001, uma comissão intergestores tripartite (CIT), composta por representantes dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), elaborou uma nova estratégia. Agora, os métodos contraceptivos seriam adquiridos de maneira centralizada, mas a sua distribuição seria descentralizada, trimestral e feita diretamente para os municípios que cumprissem com determinados requisitos, como: ter ao menos uma equipe do Programa Saúde da Família habilitada, ou ter aderido ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ou contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Os anticoncepcionais eram enviados na forma de kits: um kit básico (pílulas orais e preservativo masculino) e um kit complementar (inicialmente, composto pelo DIU). O kit complementar era enviado apenas para aqueles municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes e que declarassem ter médicos capacitados para sua colocação. Em 2002, além dos kits, o Ministério da Saúde distribuiu também, pela primeira vez, a pílula do dia seguinte, ou anticoncepcional hormonal de emergência (AHE); inicialmente, para os centros de atenção às vítimas de violência sexual, posteriormente também para os centros de atenção primária em saúde, embora, segundo dados da UNFPA (2016), a disponibilidade do AHE nos serviços públicos de saúde não foi ampla. Martin (2004) afirma que, na América Latina, o acesso aos anticoncepcionais de emergência se dá majoritariamente via mercado, isto é, através da compra em farmácias comerciais.

Em 2005, o Ministério da Saúde propôs aumentar gradualmente a quantidade de insumos contraceptivos a serem adquiridos, incorporando produtos inovadores à época, como

a minipílula. Em 2010, o Misoprostol foi incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), regulado pela Portaria Nº 1.044, de maio de 2010. O Misoprostol é um medicamento seguro, efetivo e de baixo custo, utilizado para a prevenção e o tratamento de hemorragia pós-parto. Também é utilizado para a indução precoce do parto, para o tratamento do aborto espontâneo, do aborto incompleto e em abortos induzidos. Seu uso foi amplamente recomendado pela OMS (FCI, 2014), mas encontra oposição e resistência dos setores religiosos e conservadores em todo o mundo. A sua inclusão na RENAME foi considerada como uma conquista dos movimentos de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, e como um compromisso por parte do governo brasileiro para com eles. Atualmente, a compra é feita pelo governo federal e o medicamento é distribuído aos centros de atenção secundária (hospitais); não está disponível nos centros de atenção básica.

As gestões ligadas à distribuição dos contraceptivos encontram dificuldades na interação entre os três níveis de governo. A Portaria Nº 1.555, de 2013 (Cap. III, art. 6), estabelece que o Ministério da Saúde realizará a compra dos anticoncepcionais e insumos do Programa Saúde da Mulher, e a sua distribuição será feita diretamente às capitais dos estados e aos municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes. No caso das cidades menores, os insumos serão enviados aos estados para serem distribuídos ou solicitados pelos próprios municípios (BRASIL, 2013), o que, muitas vezes, dificulta a gestão dos municípios pequenos e/ou com capacidade técnica-institucional insuficiente.

Por sua vez, a aquisição e a distribuição do preservativo masculino são realizadas através do Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL 2005), e não no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Além disso, é importante destacar que o envio de preservativos masculinos, especificamente, está condicionado ao tamanho dos municípios, limitando-se apenas àqueles com população igual ou superior a 200 mil habitantes (UNFPA, 2016; REPROLATINA, 2017). Nas palavras de JANOTTI et al. (2007, pág. 31):

Os obstáculos e desafios para a promoção e para a garantia do direito à saúde e da saúde reprodutiva não podem ser vistos como algo à parte dos obstáculos e desafios mais gerais, para a concretização do próprio princípio do direito à saúde e do SUS.

3.2.2.3 *Ações paralelas*

Em 2005, a Lei 11.108 assegurou às parturientes o **direito a um acompanhante** de sua escolha, durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato (10 dias), nos hospitais públicos e contratados do SUS. Porém, a concretização dessa medida ainda encontra certa resistência no setor, especialmente em função da cobrança de uma taxa que afeta desproporcionalmente às mulheres em piores condições socioeconômicas (MATTAR, 2013).

O direito à **licença-maternidade** foi consagrado na Constituição Federal de 1988 (art. 7, inciso XVIII), por um período de 120 dias, assim como o direito a berçário ou creche gratuitos para as crianças até os cinco anos de idade. A aplicação desta última medida é bastante difícil, dada a demanda enorme e a oferta escassa em alguns municípios. A Constituição prevê também a licença paternidade por um período de 5 dias, embora, segundo Mattar (op.cit.), a menção constitucional é simbólica e seria posteriormente regulada em lei.

3.2.2.4 Educação Sexual

Em 1996, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e foram estabelecidos os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Esses parâmetros incluíam a educação sexual como um tema transversal que deveria ser abordado por todas as disciplinas, tanto da educação primária quanto secundária, reconhecendo a sua necessidade e relevância (SFAIR et al., 2015).

Mais tarde, em 2007, com o Decreto 6.286, foi criado o *Programa Saúde na Escola* (PSE), como parte de uma política intersetorial entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de contribuir para a formação integral no ensino público. Entre as ações previstas pelo PSE, encontram-se estratégias ligadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007). O programa é executado por meio da interação entre a rede de escolas públicas e as equipes do Programa Saúde da Família. Contudo, as ações implementadas no país não têm sido homogêneas em todas as regiões. Segundo dados apresentados por Machado et al. (2015), a região Norte foi a que mais promoveu ações ligadas à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Alguns, no entanto, questionam os resultados e os efeitos do PSE, especialmente no setor privado. O/a entrevistado/a N° 3 comentou haver participado de uma pesquisa sobre educação sexual nos municípios do estado de São Paulo, e afirmou: “as ações de educação

sexual nas escolas têm encontrado muitos obstáculos na sua implementação, porque dependem, em grande parte, das decisões dos Conselhos Municipais de Saúde”.

Apoiando-se em uma pesquisa realizada, em 2011, em 56 escolas municipais de ensino fundamental de Novo Hamburgo (RS), Silva (2013) afirma que a instrumentação da educação sexual, nas escolas que participaram do estudo, ainda estava muito distante do esperado com essa proposta intersetorial nacional (UNFPA, 2016).

3.2.3 Análise da perspectiva dos princípios norteadores: universalidade, integralidade, intersectorialidade

A partir de uma concepção ampla de saúde e do seu reconhecimento como um direito fundamental, a universalidade do acesso se refere àquilo que é comum a todos, estando associada, assim, à ideia de justiça (NORONHA, 2008). Tanto na Argentina quanto no Brasil, os direitos sociais, vinculados à condição cidadã, buscam garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

A integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado de ações e serviços – preventivos e curativos, individuais e coletivos – exigidos em cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (SILVA PAIM, 2010). No Brasil, esse conceito surgiu, no discurso governamental, justamente com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984), referindo-se à articulação entre a prevenção e a assistência. Nesse contexto, Osis (1998, pág 27) afirma:

[...] a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, buscando a melhoria dos controles no pré-natal, parto e puerpério, da abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, do controle de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário, e da assistência para a concepção e a contracepção.

Na política de saúde, em um sentido mais amplo, a integralidade remete à articulação necessária entre as políticas econômicas e sociais, no sentido de conseguir atuar sobre os determinantes do processo saúde/doença e garantir as condições satisfatórias de saúde para a população (NORONHA, op.cit.).

A intersectorialidade é entendida como a articulação entre diferentes setores da política pública na implementação de ações que incidam sobre os determinantes sociais, supondo que,

assim, o escopo de ação da política possa ser mais amplo (GIOVANELLA, 2009). Integralidade e intersectorialidade são, portanto, princípios que dialogam entre si, tratando-se de diretrizes que organizam a implementação das ações, contribuindo para a promoção da saúde (NORONHA, 2008).

Na análise a seguir, tratou-se de identificar e examinar esses conceitos em relação ao desenho teórico das políticas associadas à saúde sexual e reprodutiva, e à geração concreta (ou não) de vias de acesso aos contraceptivos, em ambos países.

3.2.3.1 *Universalidade*

O princípio da universalidade aparece de forma explícita nos documentos oficiais do Programa Nacional de Saúde Sexual na Argentina (PNSSyPR), especialmente nas referências a respeito do seu público alvo e do número crescente de beneficiários do programa, e ao fato de que as ações não foram apenas dirigidas aos usuários do setor público, mas também, através da legislação que estabeleceu o acesso aos serviços e a gratuidade dos contraceptivos (incluindo métodos cirúrgicos), aos usuários da seguridade social e do setor privado (PECHENY; PETRACCI, 2009). A questão que surge é a de se essa é uma fortaleza particular do PNSSyPR ou se ela se deve, na verdade, à própria configuração institucional do sistema de saúde argentino que, embora se caracterize pela enorme fragmentação e heterogeneidade, o acesso acaba sendo uma realidade para grande parte da população, independentemente de como e ao que se tem acesso. Desse modo, o problema não seria o acesso em si mesmo, mas as desigualdades na qualidade e no tipo de acesso disponíveis.

Além disso, a política de medicamentos implementada em 2002, assim como a implementação do Programa REMEDIAR de distribuição gratuita de medicamentos, e as normas de financiamento e co-financiamento de medicamentos ambulatoriais que o sistema de saúde argentino estabelece para as *obras sociales* e as seguradoras privadas, fazem com que, por um lado, a política de medicamentos seja um dos elementos que diferencia os sistemas de saúde entre eles (MARTICH, 2013). Por outro lado, no caso particular abordado aqui, isso gera a dúvida de se essa é uma qualidade específica do PNSSyPR ou se ela está relacionada aos mecanismos próprios do sistema de saúde em matéria de insumos farmacêuticos. Outro elemento relacionado à universalidade e à integralidade da política seria a proposta de implementação de processos padronizados para a atenção nos serviços de saúde, o que

poderia indicar a intenção de fomentar a provisão de serviços mais equitativos e de igual qualidade para todos.

No Brasil, por sua vez, embora a universalidade seja um princípio constitutivo do sistema público de saúde, isso não significa que ela abranja todas as políticas de saúde. No caso da saúde sexual e reprodutiva, a universalidade no acesso é fragmentada, em particular no que se refere especificamente ao acesso à contracepção. Na prática, o planejamento familiar é implementado através da *Estratégia Saúde da Família* (ESF) e nem todos os municípios dispõem de equipes capacitadas nessa área específica. Quem mais perde são os municípios pequenos, de menores recursos e com dificuldades técnicas de gestão.

No setor privado dos planos de saúde, a situação é ainda mais complexa. Os serviços e insumos que os planos devem oferecer aos seus beneficiários em matéria de saúde sexual e reprodutiva não estão totalmente claros e, mais uma vez, é no acesso aos contraceptivos onde se encontram mais dificuldades (uma vez que os serviços de controle pré- e pós-parto, do recém-nascido, etc., estão plenamente contemplados). A Resolução Normativa Nº 167, de 2007 (Seção I, art. 13), enumera as exclusões permitidas na assistência que, em parte, coincidem com aquelas contempladas na Lei Nº 9.656, de 1998. No item VI, lê-se “fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar”, dentre os quais se incluem os anticoncepcionais. Contudo, no Anexo I da mesma Resolução, estabelece-se que os planos de saúde privados deverão cobrir a contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) e a colocação do DIU, mas existe pouca informação sobre o que acontece na prática. Apesar da intenção, por parte do Estado, de promover a temática também no setor privado, não existem mecanismos que exijam e/ou que regulem efetivamente o fornecimento de métodos contraceptivos nesse setor. Assim, a cobertura tende a variar entre os diferentes planos ou, em um mesmo plano, de acordo com a área geográfica e o valor da apólice (REPROLATINA, 2017).

3.2.3.2 *Integralidade*

No caso argentino, a integralidade pode ser identificada nos documentos oficiais do PNSSyPR, na proposta de determinadas ações. Por um lado, na diversidade de estratégias de comunicação, com forte ênfase na prevenção, considerando as particularidades dos grupos a que se dirigem como, por exemplo, o desenvolvimento de uma atenção específica para

adolescentes. Por outro, na definição de processos padronizados para os serviços de atenção médica em saúde sexual e reprodutiva que visam atender a necessidades específicas de diversos tipos, como a atenção às mulheres vítimas de violência sexual, assistência pós-aborto, etc.

O fornecimento gratuito de contraceptivos constitui um elemento central do PNSSyPR que, ao longo do tempo, foi incorporando outros métodos, incluindo a contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) e a chamada pílula do dia seguinte (ou anticoncepcional de emergência), apesar da oposição dos setores conservadores e, inclusive, da sua proibição judicial no país, em determinado momento (MARTIN, 2004). No entanto, em comparação com o Brasil, a Argentina não conseguiu avançar na inclusão do Misoprostol na sua lista de medicamentos essenciais.

Tanto a Argentina quanto o Brasil incorporaram serviços de contracepção cirúrgica nos seus sistemas de saúde, ampliando assim a oferta de métodos contraceptivos aos usuários e como uma ferramenta de integralidade nos serviços prestados. Não obstante, em ambos os países, a quantidade de ligaduras realizadas é superior à quantidade de vasectomias, indicando uma desigualdade de gênero importante, em parte como consequência da medicalização do corpo das mulheres (DEL RIO, 2013).

No Brasil, no desenho político-institucional do PNAISM, é possível identificar o princípio da integralidade em ações que vão desde estratégias de prevenção (por exemplo, do câncer de colo do útero) até o tratamento dos usuários. Além disso, a integralidade está presente, por um lado, na incorporação da noção de gênero (ausente no programa anterior) e, por outro, na identificação das demandas específicas de alguns grupos de mulheres e na elaboração de ações para atender às suas necessidades

A implementação do PNAISM alterou a ênfase das políticas anteriores, de um foco estritamente reprodutivo para uma concepção de direitos mais ampla. Desse modo, a saúde das mulheres deixa de ser reduzida à sua função reprodutiva para tratar-se de mulheres que se informam e decidem livremente sobre sua sexualidade. Cabe destacar que, nas estratégias de combate às doenças sexualmente transmissíveis, também são implementadas ações integrais de saúde. Finalmente, foi durante esse período que os homens também foram incorporados como público alvo desse tipo de políticas, antes focalizadas apenas nas mulheres.

3.2.3.3 Intersetorialidade

Na Argentina, a articulação do Programa Nacional com programas provinciais, assim como com organizações da sociedade civil e com o setor da educação, permite a identificação de elementos intersetoriais na política. A Lei Nº 25.673 (art. 5), de 2003, estabelece que o Ministério da Saúde trabalhará de forma coordenada com os Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, para a capacitação de educadores, trabalhadores sociais e outros funcionários.

Um dos aspectos fundamentais da intersectorialidade pode ser identificado no que se refere à educação. Por um lado, a promoção da educação sexual integral nas escolas e, por outro, as campanhas educativas elaboradas em parceria com organizações da sociedade civil territorialmente implicadas nessa temática. Por fim, identificou-se também o trabalho conjunto no desenvolvimento de uma agenda de temas ligados à saúde sexual e reprodutiva, tanto no nível nacional como regional, da equipe do Programa Nacional com organismos internacionais envolvidos na temática, como o Fundo de População das Nações Unidas, atuante no país.

No caso brasileiro, a integralidade está presente fundamentalmente nas ações educativas que o programa promove. Por um lado, os usuários podem receber aconselhamento dos profissionais nos serviços de saúde e, por outro, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), foram estabelecidos parâmetros curriculares nacionais que incluíram a educação sexual como um tema transversal que deveria ser abordado por todas as disciplinas. Além disso, em 2007, avançou-se na implementação do *Programa Saúde na Escola*, voltado para a rede pública de ensino, em uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Contudo, a literatura disponível não consegue especificar o alcance e os resultados dessa estratégia.

TABELA Nº 5. Questões relevantes sobre as três dimensões abordadas

PAÍSES	UNIVERSALIDADE	INTEGRALIDADE	INTERSETORIALIDADE
ARGENTINA	Abrange os três subsistemas de saúde	O princípio mais claramente identificado na política de ambos os países, em ações de prevenção, promoção e tratamento (em particular, de questões ligadas à saúde da mulher); além da ampla oferta de métodos contraceptivos, embora, na prática, eles ainda sejam majoritariamente adquiridos via mercado, em ambos os casos.	Entre os diferentes níveis de governo. Setor da Educação.
BRASIL	Abrange o SUS. Na prática, é complexo delimitar a abrangência da SSR no setor privado, especialmente no que se refere ao acesso a contraceptivos.		

Fonte: elaboração própria.

3.3 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Com o surgimento dos Programas Nacionais de Saúde Sexual e Reprodutiva na Argentina e no Brasil, é possível visualizarmos uma mudança de rumo, fundamentalmente relacionada com o desenho e com os conceitos motivadores da política pública, com a abordagem geral da temática e com o tipo de ações propostas para sua implementação efetiva (em alguns casos). Em ambos os países, a incorporação da perspectiva de gênero é crucial para, por um lado, abandonar o tratamento restrito ao binômio mãe-filho e a ênfase na reprodução, que marcaram as estratégias anteriores, e ampliar o enfoque incluindo, além das questões estritamente sanitárias, uma perspectiva mais ampla dos direitos humanos. Por outro lado, é crucial também para a inclusão dos homens como público alvo desses programas, promovendo a sua corresponsabilidade na saúde sexual e nas decisões reprodutivas.

O início de programas com essas características – cujas linhas de ação e de interação com outras áreas do Estado e da sociedade civil foram discutidas neste capítulo – nos faz pensar em um desenho de política pública que, embora com determinadas dificuldades, barreiras e/ou desvios (particularmente no que tange à sua implementação, que não foi objeto deste estudo), evidencia a presença dos três princípios norteadores analisados aqui: universalidade, integralidade e intersetorialidade.

A análise comparada das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva implementadas na Argentina e no Brasil, entre 2003 e 2015, nos permitiu, por um lado,

compreender a inserção dessa área específica nos sistemas de saúde desses países, com suas respectivas características. Por outro lado, nos permitiu compreender também o contexto político, econômico e social da emergência desses programas, cuja importância é fundamental, considerando-se que as questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva são parte das políticas nacionais de saúde, de população e, inclusive, de direitos humanos, em um sentido amplo, que um Estado adota em determinado momento.

4 CAPÍTULO III – POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS COM FOCO NOS CONTRACEPTIVOS NA ARGENTINA E NO BRASIL

Neste capítulo, serão apresentadas as políticas nacionais de medicamentos na Argentina e no Brasil, com foco nos contraceptivos. Considerou-se pertinente investigar essas políticas dado que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os anticoncepcionais como medicamentos essenciais e, assim, o seu tratamento nos sistemas de saúde é atravessado tanto pela área da saúde sexual e reprodutiva, como discutido no capítulo anterior, quanto pelo setor de medicamentos, que abordaremos a seguir. Desse modo, o objetivo central deste capítulo é entender como os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil abordam a política de medicamentos, com ênfase nos anticoncepcionais, e que estratégias (em termos de política pública) foram postas em prática no período entre 2003 e 2015.

O capítulo está organizado da seguinte maneira: em primeiro lugar, serão descritas as políticas nacionais de medicamentos da Argentina e do Brasil, e o contexto do seu surgimento. Em seguida, discutiremos o financiamento dessas políticas, não apenas pelo setor público, mas também pelos diferentes agentes que compõem o sistema de saúde desses países (planos privados e agentes da seguridade social, no caso argentino). Além disso, buscou-se compreender a operacionalização dessas políticas na prática, isto é, desde a compra dos medicamentos até a sua distribuição para os usuários. Com essa descrição, buscou-se, ademais, analisar as dimensões apresentadas na Matriz N° 3, elaborada a partir de uma revisão da literatura que discute e acompanha o desenho das políticas de medicamentos (WHO, 2003; VELAZQUEZ, 2004; BERMÚDEZ, et.al, 2004; UGALDE; HOMEDES, 2007; TOBAR, 2009; SEITER, 2010; ROVIRA, 2011; TOBAR et al., 2012; KANAVOS, 2014; ROBERT; REICH, 2011; HAFNER et al., 2016). Essas dimensões, além de apoiarem a comparação em um sentido metodológico, podem contribuir para a análise central pretendida neste trabalho.

MATRIZ Nº 3. Tipologia de Políticas de Medicamentos, com foco nos anticoncepcionais

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	PAÍSES	
		Argentina	Brasil
POLÍTICO– SANITARIA	Provisão Pública		
	Existência de mecanismos de copagamento		
ECONÔMICA	Regulação/control de preços		
	Promoção dos Medicamentos Genéricos		
INDUSTRIAL	Incentivos à produção pública		

Fonte: elaboração própria, com base na bibliografia citada.

A Organização Mundial da Saúde estima que um em cada três habitantes do planeta carece de acesso aos medicamentos de que necessita (OMS, 2012). A situação é mais grave nos países mais pobres, nos quais esse índice pode incluir até 50% da população (VELÁSQUEZ, 2015). Apesar da saúde ser considerada um direito humano fundamental, as dificuldades e as desigualdades no acesso aos serviços e insumos de saúde persistem e são enormes.

Os chamados medicamentos essenciais carregam um valor intrínseco importantíssimo, do qual deriva a necessidade de que estejam disponíveis nos sistemas de saúde e sejam acessíveis à população. No entanto, na prática, o acesso permanece profundamente desigual, seja por sua indisponibilidade, pelos preços elevados, por um sistema de distribuição ineficiente, etc. As dificuldades no acesso aos anticoncepcionais, como parte dos medicamentos essenciais, repercutem significativamente em indicadores negativos para a saúde das mulheres.

De modo a enfrentar essa problemática, os governos nacionais têm implementado estratégias e ações que contribuam para a melhoria do chamado “problema do acesso”. Já definimos anteriormente o que entendemos com o termo “acesso” aqui, mas vale reiterar que a proposta deste trabalho é analisar o que chamamos de “vias de acesso”, entendidas como as respostas institucionais criadas para enfrentar esse problema que afeta tanto os países desenvolvidos como em desenvolvimento. Certamente, em contextos de grandes desigualdades, como no caso dos países latino-americanos, esta questão se torna ainda mais complexa.

4.1 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento intitulado “*How to develop and implement a national drug policy*” [Como elaborar e implementar uma política nacional de medicamentos], no qual apresentava uma série de recomendações para o desenho de políticas nacionais de medicamentos (WHO, 2003). Em linhas gerais, a proposta da OMS para organizar o setor farmacêutico nos sistemas de saúde é através da criação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), definida como um guia de ação que permita priorizar as ações, no curto e no médio prazos, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos, identificando as melhores estratégias possíveis em diferentes contextos. A intenção é que esse guia alcance não apenas o setor público de saúde, mas também o setor privado, buscando, assim, envolver a maior quantidade de atores possível. Além disso, a organização sugere a elaboração de um documento nacional, à maneira de uma “declaração oficial”, que contenha clara e explicitamente as aspirações, os objetivos, as decisões e os compromissos que deverão ser implementados nesse setor. Para a OMS, sem esse documento impresso, os conflitos de interesses poderiam se interpor. A realidade demonstra que os países não avançaram de forma homogênea nesse sentido, e nem todos possuem tal documento.

Segundo Tobar (2008), na América Latina, avançou-se mais no acesso aos serviços de saúde do que aos medicamentos essenciais. O autor identifica ao menos três funções do Estado em relação aos medicamentos: 1) regulação; 2) informação; e 3) provisão.

A **regulação** pode ser **técnica** e, entre as primeiras medidas adotadas, está o registro sanitário, que constitui uma espécie de barreira pela qual os produtos farmacêuticos devem passar antes de terem a sua circulação permitida em território nacional. São solicitados testes específicos para determinar a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos, que permitirão (ou não) a sua venda e distribuição. Por sua vez, a **regulação econômica** se refere ao controle de preços. Em alguns países, foram criados órgãos específicos para essa função, como é o caso, no Brasil, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). O modelo brasileiro estabeleceu um regime de controle de preços a partir da fixação de um teto calculado com base em um índice de preços, em um fator de produtividade e em um ajuste de preços intra- e entre setores (UNFPA, 2016b).

Quando o Estado assume a decisão de **informar** sobre os medicamentos, são disponibilizadas informações aos prescritores e também aos consumidores, para além da pouca informação que os produtores fornecem. Além disso, o Estado pode difundir informações sobre práticas adequadas no acompanhamento de tratamentos, informação científica, informação econômica e/ou os benefícios de determinado tratamentos. Possivelmente, o setor farmacêutico é um dos que apresenta a maior assimetria de informação entre os produtores, que possuem a informação mais completa, mais que os próprios prescritores (profissionais da saúde) e muito mais que os consumidores (pacientes) que, além de não decidirem, muitas vezes pagam do seu próprio bolso os produtos.

A **provisão pública** constitui uma ferramenta importante que muitos países em desenvolvimento têm utilizado para promover o acesso aos medicamentos. Essa função do Estado está diretamente relacionada com a via institucional de acesso mencionada anteriormente. Isto é, o Estado realiza as compras (geralmente centralizadas e por meio de licitações públicas) para, então, distribuir os produtos através do sistema público de saúde. Os usuários recebem os medicamentos gratuitamente ou por meio de copagamentos, como no caso do Programa Farmácia Popular, no Brasil.

A provisão pública tem um caráter estratégico em países onde a maior parte da população não tem acesso aos medicamentos essenciais, gerando um grande impacto distributivo, que é ainda maior se consideramos que a população mais pobre gasta uma porcentagem desproporcional da sua renda com medicamentos (TOBAR et al., 2012). Nas palavras de Ugalde e Homedes (2007, p. 39, tradução nossa):

Diversos estudos documentaram que os pacientes pobres geralmente procuram os centros públicos de saúde para obter medicamentos, e que os centros que não os oferecem têm índices de utilização baixos. O comportamento dos pacientes tem uma lógica fácil de entender. Com bastante frequência, o que os pacientes procuram não é tanto um diagnóstico, mas uma solução à sua condição: se não conseguem medicamentos gratuitos ou acessíveis, eles consideram que o tempo, o esforço e, muitas vezes, o dinheiro gasto para chegar ao centro de saúde foram desperdiçados. Consequentemente, as intervenções para a melhoria dos sistemas de saúde requerem a adoção de políticas farmacêuticas adequadas.

Além disso, poderíamos agregar uma quarta função do Estado em relação aos medicamentos, a de **produzir** (MARTICH, 2014). A produção pública de medicamentos não é apenas uma ferramenta técnica para assegurar a disponibilidade de produtos, mas também, e principalmente, uma concepção estratégica de política. Ela depende da capacidade do Estado de incorporar inovações e de agregar valor, de gerar empregos qualificados e de contribuir

para o funcionamento da economia local. Geralmente, quando os países decidem investir nessa linha, o fazem priorizando aqueles medicamentos considerados estratégicos, epidemiologicamente necessários e/ou que tiveram a sua produção interrompida. Tanto a Argentina quanto o Brasil avançaram na produção pública de medicamentos, embora com altos e baixos.

O Brasil tem uma tradição mais consolidada na produção pública de fármacos para o abastecimento do sistema público de saúde. De fato, em 2005, a organização dos laboratórios públicos brasileiros foi formalizada com a criação, por meio da Portaria MS843, de uma rede denominada “Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos” (OLIVEIRA et al., 2006). A Argentina, por sua vez, só começou a investir na produção pública de medicamentos em 2008. Além disso, no período analisado (até o ano de 2015), a organização da produção pública de medicamentos na Argentina era ainda incipiente.

Diferentes estudos (KANAVOS, 2014; HASSALI et al., 2014) apontam que a chave para que uma política de medicamentos alcance bons resultados em termos de acesso está relacionada com a capacidade de implementar, simultaneamente, diversas medidas, como a promoção da oferta e da demanda de medicamentos genéricos, a regulação dos preços, a provisão pública gratuita, entre outras.

Seiter (2010) define a política de medicamentos como a resposta que um Estado dá à organização do setor farmacêutico, elaborada em função do contexto nacional e do grau de desenvolvimento do país. Todos têm a responsabilidade de assegurar o acesso da população aos medicamentos, mas, enquanto os países desenvolvidos se preocupam também com a inovação e o desenvolvimento de novos produtos, os países mais pobres ainda enfrentam dificuldades em garantir a qualidade dos produtos farmacêuticos.

O autor afirma que alguns países possuem uma política nacional de medicamentos formalizada em um documento impresso (como é o caso do Brasil), e outros não (como ocorre na Argentina). Em todo caso, trata-se de uma espécie de “roteiro” para organizar o funcionamento de um setor profundamente dinâmico e que conta com um número significativo de *stakeholders* que interagem entre si. Além disso, o autor destaca a importância da organização do setor, do seu financiamento e de sua regulação (SEITER, op.cit.)

Robert e Reich (2011) argumentam que, para entender de que falamos quando nos referimos à Política Farmacêutica, é preciso antes entender o próprio sistema farmacêutico e o seu funcionamento. Segundo os autores, trata-se de um sistema complexo composto por oito

elementos que, de uma forma ou de outra, impactam na saúde da população. Os oito subsistemas, ou instâncias, são: 1) pesquisa e desenvolvimento; 2) testes clínicos; 3) registros sanitários; 4) produção; 5) compra e importação (estejam os produtos disponíveis ou não no território nacional); 6) fornecimento (incluindo diversos atores, desde as farmácias comerciais até as clínicas, centros de saúde, etc.); 7) distribuição e comercialização; 8) o uso dos medicamentos pelos pacientes (uso racional). Nessa direção, a chamada Política de Medicamentos se referiria a um esforço, por parte do governo, de organizar o melhor funcionamento desses elementos.

De modo similar, Hafner et al. (2016) definiram a política de medicamentos a partir de suas funções específicas: pesquisa e desenvolvimento, testes clínicos, produção, registros, fornecimento-distribuição e comercialização. Seja a política de medicamentos definida por seus elementos ou por suas funções específicas, todos coincidem no fato de que se trata de um setor com uma multiplicidade significativa de atores que interagem entre si, e que a responsabilidade última dos Estados é zelar para que a organização do setor garanta à população medicamentos seguros, eficazes e acessíveis.

Definido o que a literatura entende por **Política de Medicamentos**, foi selecionado um conjunto de dimensões que consideramos pertinentes para este estudo, sob a premissa de que contribuiriam à compreensão do desenho da política pública e, especialmente, das decisões relacionadas à criação de vias de acesso. Nesse sentido, as dimensões analisadas foram: 1) **sanitária**, buscando identificar se o Estado investe na provisão pública de anticoncepcionais e, em caso positivo, de quais e por que; e se existem mecanismos de copagamento para os usuários do setor privado de saúde ou da seguridade social, no caso argentino; 2) **econômica**, buscando analisar como o Estado se posiciona em relação aos preços dos insumos, se existe regulação e se ele promove a oferta, a disponibilidade e a utilização de medicamentos genéricos (mecanismo amplamente utilizado para baixar os preços e melhorar o acesso da população); 3) **industrial**, que objetiva compreender como o Estado se posiciona em relação às estratégias de promoção industrial e de fortalecimento da produção pública de medicamentos.

Para alguns autores, como Mattozo Rover et al. (2016), os resultados das políticas de saúde dependem de um conjunto de fatores, dentre os quais destacam-se a estrutura (ou *hardware*) do sistema de saúde e, por outro lado, as relações entre os diferentes atores (também chamado de *software*). Em geral, esse tipo de análise tende a focar em um ou outro desses elementos, desconsiderando a totalidade do conjunto.

O objetivo geral proposto nesta tese foi, a partir da descrição da estrutura institucional do sistema de saúde (ou tipo de sistema, segundo a tipologia proposta no Capítulo I), compreender a sua influência no surgimento de determinado tipo de política pública. Além disso, foram analisadas as relações de poder entre os atores chave no interior do sistema de saúde, considerando-se também a sua influência no desenho dessas políticas. A decisão de incluir na análise as relações entre os diversos atores baseou-se no argumento de Bigdeli et al. (2013), ao afirmarem que a maioria dos estudos sobre políticas de medicamentos, embora não sejam totalmente alheios ao contexto da sua emergência, ignoram ou secundarizam a sua relação com a organização do sistema de saúde como um todo, destacando apenas os aspectos estritamente operacionais relacionados à provisão/distribuição dos fármacos.

Para os fins práticos deste trabalho, adotou-se o conceito de **vias de acesso**, entendidas como as *respostas institucionais* (do setor público ou de outros agentes que compõem o sistema de saúde) que contribuem à obtenção dos anticoncepcionais em cada um dos sistemas de saúde estudados (Argentina e Brasil). As denominadas “vias de acesso” variam entre os países de acordo com a configuração político-institucional que estrutura o sistema de saúde.

4.2 ARGENTINA

4.2.1 Contexto no qual surge a Política Nacional de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi criada em 2002, em meio ao contexto complexo que atravessava o país. Em dezembro de 2001, após um longo período recessivo, uma grave crise política, econômica, social e institucional eclodiu, afetando o funcionamento do país como um todo. Assim, a PNM foi elaborada no marco de uma crise financeira na seguridade social como consequência da queda nos índices de emprego formal (contribuintes do setor), o que, por sua vez, levou ao aumento da população sem cobertura, ao aumento da pobreza e dos gastos privados em saúde, à queda geral do poder aquisitivo e a um aumento significativo nos preços dos medicamentos.

Diante desse cenário, a PNM foi elaborada como uma resposta à Emergência Sanitária Nacional declarada pelo governo federal. A partir de então, uma série de medidas foram tomadas, dentre as quais destaca-se a criação de um Programa de Emergência Sanitária

Nacional (PMOE). O PMO existia desde 1996 e definia uma “cesta” homogênea de serviços a serem obrigatoriamente cobertos pela seguridade social, mas não se estendia aos medicamentos. Com a implementação do PMOE, uma das novidades mais importantes foi a incorporação de uma lista de medicamentos para cobertura ambulatorial. Outra medida importante foi o estabelecimento de preços de referência para a seguridade social considerando-se as alternativas comerciais de um mesmo medicamento genérico, para as quais se estabelece um valor fixo a ser cofinanciado. Esse valor equivale a 40% do preço médio das diferentes alternativas comerciais de um medicamento e, em tese, ele é atualizado periodicamente, embora, na prática, não funcione exatamente assim. A cobertura oferecida varia em função da escolha do paciente, chegando a superar os 40%, caso ele opte pela alternativa mais econômica.

Além disso, insumos críticos importados foram desonerados, apesar de ter sido uma lista limitada; tentou-se permitir a importação direta de medicamentos genéricos homologando o registro do país de origem, mas logrou-se apenas que a sua participação fosse aceita nas licitações públicas internacionais do Programa REMEDIAR (a partir de 2005, todas as licitações públicas seriam nacionais); e foi sancionada a lei da prescrição de medicamentos pelo nome genérico (Lei Nº 25.649, de 2002). Mas a medida de maior envergadura foi a implementação, em 2002, do Programa REMEDIAR, de provisão gratuita de medicamentos ambulatoriais para a população.

O Programa consistia na compra centralizada de medicamentos (por meio de licitações públicas) e na sua distribuição a cerca de 5 mil centros de atenção primária em saúde provinciais e municipais, em todo o país. Nos primeiros anos, o programa fornecia em torno de 40 medicamentos, que atendiam aproximadamente a 70% das consultas realizadas no primeiro nível de atenção (GODOY GARRAZA, 2004). Em 2014, a lista de medicamentos fornecida pelo REMEDIAR era composta por 74 medicamentos, que eram distribuídos a 6.460 centros de atenção primária em todo o país e que atendiam a 15 milhões de pessoas, cobrindo 90% dos principais motivos de consulta no primeiro nível de atenção (MEDINA; NARODOSKI, 2015).

4.2.2 Financiamento de Medicamentos

Das diversas dimensões a partir das quais podemos analisar a constituição de um sistema de saúde, o financiamento dos medicamentos é a que apresenta mais diferenças entre os países, justamente porque a forma em que são financiados os medicamentos está intimamente relacionada à cobertura de serviços de saúde oferecida à população.

As formas de financiamento e de cofinanciamento de medicamentos no país, em particular dos medicamentos de uso ambulatorial, reproduzem a lógica da composição do sistema de saúde argentino, fragmentado em vários subsistemas. Desse modo, os financiadores de medicamentos ambulatoriais²⁵ são tantos quantos são os prestadores de serviços em saúde, isto é, ao menos quatro tipos de agentes diferentes (FALBO, 2003): os planos privados (seguradoras); as *obras sociales* (nacionais e provinciais); o *Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados* (INSSJP), mais conhecido como PAMI; e o Estado.

Em relação às seguradoras privadas e às *obras sociales* (seguridade social), o PMO estabelece que elas devem cofinanciar 40% do custo dos medicamentos ambulatoriais (e 100% no caso dos medicamentos hospitalares). Na prática, isso significa que o paciente, no momento da compra na farmácia, recebe um desconto de 40%, devendo pagar os 60% restantes do valor do medicamento. Em alguns casos específicos – determinados grupos terapêuticos, como as doenças crônicas e o planejamento familiar – o copagamento supera os 40% e o paciente pode chegar a receber o medicamento sem pagar nada por ele (VASSALLO; FALBO, 2007). De maneira similar, o INSSJP (PAMI) deveria cobrir até 70% do valor dos medicamentos, mas também, em alguns casos, os beneficiários podem chegar a recebê-los gratuitamente.

O Estado, como financiador de medicamentos, opera realizando compras nos três níveis de governo. O governo nacional, através do Programa REMEDIAR, realizava compras centralizadas, através de licitações públicas por denominação comum internacional (DCI), e os insumos eram distribuídos à população de forma gratuita. Os governos provinciais e municipais também realizavam algumas compras, de modo a complementar os insumos enviados pelo governo federal (e mesmo, em alguns casos, sobrepondo certos produtos). No entanto, o maior volume de compras públicas é realizado pelo governo nacional. Em 2009, o

²⁵ Os medicamentos hospitalares são adquiridos também por clínicas e hospitais.

gasto com medicamentos representou 63,74% dos gastos em saúde (ARGENTINA-MECON, 2012). Essa proporção aumentou desmesuradamente, se consideramos que, em 2005, apenas quatro anos antes, o gasto com medicamentos representava 44,1% dos gastos totais em saúde (KESSLER, 2014).

4.2.3 Operacionalização da PNM na Argentina

4.2.3.1 Programa REMEDIAR

As compras do Programa REMEDIAR eram realizadas, anualmente, através de licitações públicas por DCI, com a possibilidade de realizar compras intermediárias, no caso da falta de insumos. A partir de 2008, o programa começou a adquirir alguns produtos de produção pública nacional, mas de forma bastante residual se comparado ao Brasil, onde grande parte dos medicamentos do SUS provém da produção pública.

O programa contava com um depósito central (terceirizado) na Cidade Autônoma de Buenos Aires, onde eram preparados os kits padronizados a serem enviados aos CAPS de todo o país, via correio. A condição para o recebimento dos kits era que os centros oferecessem um mínimo de 16hs semanais de atenção à comunidade. Excepcionalmente, eram feitos envios aos hospitais de atenção secundária. Além dos insumos que compunham os kits padronizados, em alguns casos, outros produtos eram incluídos, de acordo com as necessidades epidemiológicas regionais e/ou em função da demanda.

A entrega dos medicamentos aos usuários era feita através de um formulário ad hoc que funcionava como um receituário e, também, como um controle da distribuição e do estoque nos centros de saúde (MSAL, 2015).

4.2.3.2 Seguridade social e seguradoras privadas

Como mencionado anteriormente, os beneficiários da seguridade social e das seguradoras privadas têm direito ao copagamento de, pelo menos, 40% do valor dos

medicamentos ambulatoriais, no momento da compra na farmácia. Uma das principais diferenças em relação ao setor público (onde o acesso é através dos centros de saúde) é que os medicamentos são obtidos em farmácias comerciais, que são “conveniadas” para aplicar o desconto dos agentes da seguridade social e/ou das seguradoras privadas. Existem alguns produtos específicos, como os medicamentos oncológicos, que os usuários recebem gratuitamente na própria sede da sua *obra social* ou seguradora.

No caso dos anticoncepcionais, às vezes, antes da compra – que pode ser em uma farmácia comercial ou na sede da instituição – os beneficiários devem se “inscrever” em um programa de planejamento familiar que obriga o retorno a cada três meses, período para o qual recebem o tratamento (por exemplo, três caixas de pílulas hormonais para as mulheres). Isso varia entre as diferentes OS e, igualmente, entre as empresas de “*prepagas*”

4.2.4 Medidas complementares do setor

4.2.4.1 Medicamentos Genéricos

De acordo com King e Kanavos (2002), as políticas de medicamentos genéricos podem ser divididas em dois tipos: as que focalizam a oferta desses produtos e as preocupadas com a geração de demanda. O foco na oferta confere uma atenção especial aos chamados “*stakeholders*” do sistema de saúde, isto é, aqueles agentes responsáveis pela regulação, pelo registro de produtos, pelo controle de preços e reembolsos, etc. As estratégias desse tipo visam, por exemplo, agilizar os processos de registros, regular a concorrência entre os produtos, controlar os preços e os níveis de reembolso aos pacientes. O segundo tipo, com foco na demanda, prioriza as partes interessadas em adquirir os produtos, isto é, os profissionais da saúde (autorizados a prescreve-los) e as pessoas que distribuem, vendem e/ou consomem medicamentos. Uma vez disponíveis no mercado, o objetivo é promover a confiança para que os medicamentos genéricos sejam prescritos, distribuídos, vendidos e adquiridos pelos consumidores.

As políticas de medicamentos genéricos implementadas pela Argentina e pelo Brasil constituem exemplos desses dois tipos. Em 2002, foi sancionada, na Argentina, a Lei Nº 25.649 que determina a prescrição de medicamentos pelo nome genérico, implementando,

assim, uma política que buscou gerar demanda por esses produtos. No Brasil, por sua vez, com a Lei Nº 9.787, de 1999, que definia os medicamentos genéricos, estabeleceu-se um segmento específico de mercado para esses produtos, priorizando, assim, a produção da oferta (MARTICH, 2013).

Por definição, o medicamento genérico é aquele intercambiável com o produto farmacêutico inovador, para o qual são solicitadas provas de bioequivalência e biodisponibilidade (BERMÚDEZ, 1994). Não foi exatamente o que ocorreu na Argentina, e a estratégia implementada foi alvo de inúmeras críticas.

Uma das primeiras barreiras que os medicamentos devem ultrapassar para poderem circular no mercado interno é o registro sanitário perante a autoridade regulatória específica. Na Argentina, a instituição encarregada dessa tarefa é a Agência Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT), criada em 1996. É aí onde os produtos são testados para determinar se eles cumprem com as normas de qualidade, segurança e eficácia, da mesma forma que ocorre com os produtos inovadores. Cada país pode, além disso, estabelecer outras exigências específicas. Na Argentina, a obtenção do registro sanitário demora cerca de quatro meses e não existem mecanismos de registro rápido (chamado *Fast Track*) para os medicamentos genéricos, como é o caso no Brasil (HOMEDES; UGALDE, 2005).

Uma característica dos medicamentos genéricos é o seu preço inferior ao dos produtos inovadores, embora essa não seja necessariamente uma regra. No Brasil, a lei estabelece que eles deverão ser disponibilizados no mercado com um valor pelo menos 35% inferior ao dos medicamentos inovadores. Na Argentina, onde não se avançou no controle e na regulação de preços, em alguns casos, o custo dos genéricos pode chegar a superar o dos produtos inovadores.

O mercado farmacêutico argentino apresentava índices elevados de concentração, liderado pelos laboratórios nacionais “de marca” que, em 2002, representavam cerca de 50% das vendas no setor. Em 1999, por exemplo, o laboratório argentino Roemmers era o principal líder no mercado interno. Assim, os laboratórios nacionais se converteram nos opositores mais ferrenhos da aprovação da lei de genéricos (HAYDEN, 2008). A luta pela implementação e pelo uso dos medicamentos genéricos foi complexa e ainda segue no país.

Outra medida complementar importante para o setor foi, em 2004, a incorporação dos anticoncepcionais pelo PMO (Resolução 310/2004) na lista de insumos que deveriam ser

cobertos pelos agentes da seguridade social. Desde então, as *obras sociales* e as seguradoras privadas devem cobrir ou cofinanciar esses produtos aos seus beneficiários.

4.2.4.2 *Produção Pública*

A Argentina e o Brasil são os dois únicos países da região que possuem uma produção pública de medicamentos significativa (ISAGS, 2013). A Argentina conta, com 34 laboratórios de produção pública de medicamentos, vinculados aos três níveis de governo (nacional, provincial e municipal). Apenas 12 desses laboratórios são credenciados pela ANMAT. A maioria deles foi credenciada logo após a crise em 2001, com exceção do *Laboratorio Central de Salud Pública de La Provincia de Buenos Aires* e do *Complejo Médico Churruca Visca de la Policía Federal Argentina*, credenciados ainda na década de 1990. Desses 12, apenas nove registraram produtos, totalizando 151 medicamentos genéricos registrados entre 1993 e 2009. Vale destacar que 62% dos registros pertencem ao *Laboratorio Farmacéutico Conjunto de las Fuerzas Armadas* (MACEIRA, 2010).

No caso específico dos anticoncepcionais, identificamos apenas um produto de produção pública na Argentina, as pílulas hormonais (Levonorgestrel + Etinilestradiol) do *Laboratorio LIF*, da província de Santa Fé.²⁶

4.3 BRASIL

4.3.1 Contexto no qual surge a Política Nacional de Medicamentos

O Brasil conta com uma trajetória de décadas na organização da sua política de medicamentos como política pública. Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), considerada o ponto de partida do que se chamaria, mais tarde, de Assistência Farmacêutica (AF). A CEME era responsável pela compra e pela distribuição de medicamentos, incentivando a produção local e o desenvolvimento de medicamentos no país.

²⁶ <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/5/medicamentos.html> Acesso no dia 20/03/2018

Contudo, ao não se efetivar propriamente como uma política de medicamentos, nos 26 anos de funcionamento da CEME, a lista de medicamentos foi atualizada apenas quatro vezes, o que não contribuía à organização do setor (ALMEIDA, CC; ANDRADE, KVC, 2014).

Em 1997, a CEME foi desativada e as suas funções foram transferidas para diferentes órgãos e setores do próprio Ministério da Saúde. Apesar da assistência farmacêutica estar contemplada em lei desde a criação do SUS, em 1988, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi instituída no Brasil apenas em 1998, através da Portaria N° 3.916, podendo ser considerada um segundo momento na trajetória histórica da política que organizou o setor de medicamentos no país (ALMEIDA, CC; ANDRADE, KVC, op.cit.). A organização da política de medicamentos no setor público segue os mesmos princípios da organização do setor da saúde, baseada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional, na otimização e na eficiência do sistema de distribuição, e no desenvolvimento de iniciativas que permitam a redução dos preços dos medicamentos (BRASIL, 1998).

Os serviços de saúde no Brasil passaram por um processo intenso de descentralização, ocorrendo o mesmo com os serviços farmacêuticos. Com isso, os municípios assumiram um papel fundamental na implementação do SUS. No entanto, em relação aos medicamentos, os governos municipais enfrentam grandes dificuldades para fazer frente aos gastos que isso implica. As possibilidades de financiamento variam muito entre os municípios, dependendo do seu tamanho, gerando graves desigualdades no acesso. Além dos problemas relacionados à compra, os municípios também enfrentam problemas com os estoques, com o armazenamento e com a gestão farmacêutica, que requer profissionais qualificados que, muitas vezes, não estão disponíveis nos municípios menores e/ou mais distantes dos grandes centros (VIEIRA, 2010).

A partir de 2003, caracterizando um terceiro momento dessa trajetória, as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica passaram a ser executadas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), do Ministério da Saúde, subordinado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decreto N° 4.726, de 2003). Em 2004, com a Resolução N° 338, foi sancionada a chamada Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte da Política Nacional de Saúde, buscando garantir o acesso, a manutenção e a qualidade dos serviços nos diferentes níveis de atenção, como os seus eixos principais (ALMEIDA, CC; ANDRADE, KVC, op.cit.).

Em 2002, como parte da campanha à presidência da República de Luiz Inácio Lula da Silva, foi lançado o **Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)**, cuja implementação

teve início no ano de 2004 (VASCONCELOS et al., 2010; MENDES da SILVA; CAETANO, 2015). Com o programa, a lógica do copagamento foi introduzida como uma forma de ampliar o acesso aos medicamentos – diferentemente do que ocorreu em outros países, onde a introdução do copagamento, principalmente para o acesso aos serviços de saúde e também para os medicamentos, em alguns casos, era visto como um mecanismo de contenção dos gastos públicos em saúde e, portanto, como algo negativo (MENDES da SILVA; CAETANO, op.cit.). Como afirmado na Entrevista Nº 6: “[...] dependendo de como se analise, também é possível dizer que o Farmácia Popular introduziu uma lógica do Estado como vendedor de medicamentos à população”.

Os atores envolvidos no financiamento dos medicamentos do PFPB são, por um lado, o governo federal, que cobre até 90% do valor dos insumos (100% em alguns casos específicos), e os usuários, que pagam o valor restante, certamente muito inferior ao valor comercial praticado nas farmácias. A coordenação do programa esteve a cargo do Departamento de Assistência Farmacêutica, do Ministério da Saúde (DAF/MS). Inicialmente, o programa operou com uma rede própria de farmácias, até que, em 2006, investiu-se na ampliação da rede através de parcerias público-privadas com as farmácias comerciais do setor privado que obtivessem a acreditação exigida, segundo as normas próprias do programa. Essa extensão do programa foi denominada “Aqui tem Farmácia Popular” (ATFP) (PEREIRA, 2013).

O elenco de produtos na rede própria incluía 112 medicamentos, além do preservativo masculino. Na rede ATFP, a quantidade de produtos oferecidos sempre foi menos, incluindo cerca de 40 produtos. Em 2007, quatro tipos de anticoncepcionais femininos foram incorporados à lista: Acetato de Medroxiprogesterona, Etinilestradiol + Levonorgestrel, Noretisterona e Valerato de Estradiol + Enantato de Noretisterona²⁷.

Em 2001, alguns produtos para o tratamento de hipertensão e diabetes foram isentos de copagamento, sendo oferecidos pelo programa, de forma totalmente gratuita, para os usuários que apresentassem receita médica. Em 2012, medicamentos para o tratamento da asma também foram incluídos nessa modalidade. Na verdade, todos os produtos devem ser retirados com a apresentação da receita médica, com validade máxima de 120 dias, medida que visa promover o uso racional dos medicamentos, em um país com taxas elevadas de automedicação (MENDES da SILVA; CAETANO, 2015).

²⁷ <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/elenco-fp1-20-08-12.pdf> Acesso no dia 22/03/2018

A distribuição geográfica do PFPB no território brasileiro é objeto de diversas críticas. Cerca de 2/3 da rede própria do programa se concentrava nas regiões Sudeste (34,8%) e Nordeste (34,4%), e o estado de São Paulo era a unidade federativa com o maior número de estabelecimentos no país, 90 ao todo. Com a ampliação da rede para as farmácias credenciadas do setor privado, a situação se agravou, com mais de 50% das unidades do programa concentradas na região Sudeste (MENDES da SILVA; CAETANO, op.cit.).

Além da distribuição geográfica do PFPB, a disponibilidade dos medicamentos no SUS – e dos anticoncepcionais, em particular – também é alvo de críticas. Nas palavras do/a entrevistado/a N° 3:

Há uma ampla gama de contraceptivos disponíveis, o que acontece é que a distribuição é descentralizada e depende, em grande parte, dos municípios. Assim, há muitas diferenças entre os municípios, sobretudo os menores, que enfrentam muitas dificuldades. Os com menos de 200 mil habitantes não recebem, por exemplo, preservativos masculinos do governo federal. A pílula tem. Injetáveis e implantes quase não tem no SUS. O governo federal não compra e envia todos os meses, é o município que tem que pedir que ele envie, se não ficam sem. Deveriam receber automaticamente, mas não é o que acontece. Além disso, tem períodos em que não tem estoque para enviar aos municípios...

Ademais, no que se refere à gestão farmacêutica, também são apontadas dificuldades na interação entre os três níveis de governo. Como afirmado na Entrevista N° 1: “*A relação entre os três níveis de governo existe, mas acho que deveria ser mais fluída, principalmente entre os estados e municípios*”.

4.3.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica

Além dos mecanismos de copagamento (governo federal e usuários), o financiamento dos medicamentos no SUS, em particular dos medicamentos ambulatoriais²⁸, foi organizado por programas. Cada programa, com seu orçamento específico, realizava a compra de medicamentos para distribuí-los aos usuários de forma gratuita. Os programas estavam organizados em torno de uma doença específica (por exemplo, tuberculose), pelo nível de complexidade (atenção básica ou alta complexidade), ou por linhas de cuidado, como é o caso da saúde da mulher (VIEIRA, 2007).

²⁸ Os medicamentos ambulatoriais são aqueles entregues aos pacientes para uso domiciliar. Os medicamentos hospitalares são administrados durante a permanência do paciente nos serviços de atenção (hospitais ou clínicas).

Em 2007, com a Portaria Nº 204, o financiamento dos medicamentos foi reorganizado, passando a ser responsabilidade dos três níveis de governo que operam o SUS (federal, estadual e municipal). O governo federal realiza o repasse de verbas para os estados e municípios por meio de transferências fundo a fundo²⁹, para as contas específicas de cada componente da assistência farmacêutica: componente básico, estratégico e especializado (VASCONCELOS, et al., 2017; ALMEIDA, CC; ANDRADE, KVC, op.cit; VIEIRA, 2010).

O **componente básico** se refere aos medicamentos e insumos destinados à APS. Seu elenco foi definido pela Portaria Nº 4.217/2010 e o financiamento está a cargo dos três níveis de governo. Desde o início dos anos 2000, o valor per capita destinado anualmente a essa rubrica aumentou 391%, passando de R\$ 2, em 1999, para R\$ 9,82, em 2016 (VASCONCELOS, et al., op.cit.). Nesse componente, estão incluídos os chamados “produtos de saúde da mulher” (contraceptivos e insumos), o que pode ser entendido como uma feminização da responsabilidade contraceptiva por parte do Estado.

Os produtos são financiados pelo governo federal, comprados de forma centralizada e enviados às capitais estaduais e aos municípios com mais de 500 mil habitantes para a sua distribuição gratuita nos serviços de saúde. O governo estadual é o responsável pela redistribuição desses insumos entre os municípios. Ao governo municipal, por sua vez, cabe manter os estoques locais e solicitar os insumos de que necessita. Não são realizados envios periódicos predeterminados, o que afeta, sem dúvida, aos municípios menores que, muitas vezes, não dispõem de profissionais qualificados e/ou de capacidade logística para executar essa tarefa (VIEIRA, op.cit; BRASIL, 2013). À semelhança da crítica feita ao programa “Aqui Tem Farmácia Popular” por sua distribuição geográfica, pode-se dizer que a assistência farmacêutica, tal como está organizada, não introduziu um padrão territorial progressivo.

O **componente estratégico** engloba os medicamentos de programas específicos, considerados prioritários para a saúde pública e financiados integralmente pelo governo federal. Alguns exemplos são os programas para o tratamento da Doença de Chagas, Tuberculose, HIV/AIDS, entre outros. Neste caso, os estados e municípios se encarregam da distribuição desses insumos no território e de solicitá-los ao governo federal sempre que necessário.

O **componente especializado**, antes denominado de “componente excepcional”, foi regulado pela Portaria Nº 2.981, de 2009, e inclui os medicamentos chamados de Alto Custo. Trata-se de linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

²⁹ <http://datasus.saude.gov.br/projetos/10-informacoes-de-saude/172-transferencia-a-municipios> Acesso no dia 04/03/2018

estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)³⁰. Alguns desses produtos são adquiridos de forma centralizada pelo governo federal; para outros, é realizado um repasse de verbas aos estados, que se encarregam da sua compra e distribuição. Existe também uma terceira modalidade de financiamento, da qual participam os três níveis de governo. No período estudado, o orçamento desse componente foi, sem dúvida, o que apresentou maior crescimento, passando de R\$ 500 milhões, em 2003, para R\$ 6 bilhões, em 2015 (VASCONCELOS, et al., 2017).

Muitos dos medicamentos dos componentes estratégico e especializado encontram-se sob monopólio das empresas produtoras (proteção de patente), o que implica em preços elevados. O desafio para o governo garantir a acessibilidade desses insumos aos pacientes é a regulação de preços (VASCONCELOS, et al., op.cit.).

4.3.3 Operacionalização da PNM - Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica abrange diversas atividades que vão desde a seleção, a compra e o armazenamento até a distribuição e a entrega dos produtos. Se esse ciclo não se cumpre da maneira correta, isso dificulta o acesso da população aos medicamentos.

O **processo de seleção** tem por objetivo a elaboração de uma lista de medicamentos considerados essenciais para as necessidades de saúde da população, permitindo organizar o abastecimento de medicamentos. A OMS recomenda que os países disponham de Listas de Medicamentos Essenciais, como uma medida fundamental para garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes, de baixo custo e relacionados com as patologias mais prevalentes em seu território (para que estejam disponíveis). O Brasil já dispunha de uma lista desse tipo, mesmo antes da recomendação da OMS. Em 1989, ela passou a denominar-se Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo atualizada bianualmente por especialistas.

Contudo, cabe destacar que, contrariando a recomendação da OMS, os produtos listados na RENAME não se encontram obrigatoriamente disponíveis nos serviços de saúde

³⁰ A CONITEC foi criada em 2011, pela Lei N° 12.401, com o objetivo de assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração e/ou exclusão de tecnologias sanitárias no SUS. O Brasil foi um país pioneiro, na América Latina, ao implementar a avaliação de tecnologias sanitárias para o seu financiamento público (LIFSCHTIZ et al., 2017, p. 73).

no Brasil (VIEIRA, 2010). No caso do SUS, a RENAME simplesmente orienta a oferta, a prescrição e a distribuição de medicamentos no país (BRASIL, 2008). Assim, nem todos os medicamentos da lista contam com financiamento do sistema.

O **processo de aquisição** compreende o conjunto de atividades ligadas à compra de medicamentos, visando assegurar a disponibilidade de produtos de qualidade, nas quantidades adequadas e ao menor preço possível. No âmbito do SUS, assim como em muitos outros sistemas de saúde, a compra é feita por meio de licitações através das quais, e como consequência da economia de escala, os preços dos medicamentos tendem a ser reduzidos. Como afirmado na Entrevista N° 6: “[...] o Brasil foi o primeiro na região a incorporar compras eletrônicas, o leilão eletrônico”.

No SUS, o **processo de armazenamento** é feito na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que deve cumprir com determinados requisitos envolvendo a localização, a dimensão, as condições ambientais, de higiene e de segurança, entre outros fatores.

O **processo de distribuição** consiste na entrega dos medicamentos aos centros de saúde dos estados e municípios na quantidade e no tempo adequados, cumprindo com os cronogramas de fluxos, prazos de execução e periodicidade das entregas. Qualquer falha nessa etapa acarreta o desabastecimento nos serviços de saúde.

Finalmente, o **processo de fornecimento** é o ato definido pela PNM como a entrega dos medicamentos ao paciente por profissionais qualificados (farmacêuticos), na dose prescrita e nas quantidades adequadas às suas necessidades de saúde, informando e orientando sobre o seu uso, com ênfase na aderência ao tratamento, e promovendo o uso racional dos medicamentos (ALMEIDA, CC; ANDRADE, KVF, 2014).

4.3.4 Medidas complementares de reorganização do setor

A ANVISA, como órgão reitor do setor de medicamentos, implantou uma série de medidas que contribuíram para regular o setor e, principalmente, para organizar a execução da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

A Lei de **Medicamentos Genéricos** (Lei N° 9.656, de 1999) foi uma das primeiras medidas nesse sentido. As políticas de medicamentos genéricos são uma ferramenta amplamente utilizada pelos países para promover a ampliação da oferta de medicamentos e,

com a sua adoção, conseguir diminuir os preços ou oferecer aos usuários opções de menor custo, de acordo com as suas possibilidades. Os desenhos das estratégias de medicamentos genéricos, como política pública, variam entre os países (TOBAR et al., 2012).

No Brasil, onde a indústria farmacêutica apresentava uma estrutura de mercado fortemente concentrada nas empresas multinacionais³¹, o que se buscou foi a desconcentração da produção. A indústria farmacêutica nacional viu aí um nicho de mercado pouco explorado e apoiou a medida – diferentemente do que ocorreu na Argentina, onde a indústria farmacêutica nacional foi a principal opositora da medida. Com a implementação da lei de medicamentos genéricos e com o estabelecimento de mecanismos de promoção industrial, essa estrutura de mercado foi descomprimida. A estratégia implementada naquele momento pelo governo brasileiro visou a criação de oferta desses produtos, ao passo que na Argentina, ao contrário, focalizou-se a geração de demanda.

A Lei Nº 9.787, de 1999, define claramente os medicamentos genéricos a partir da exigência de testes de bioequivalência e biodisponibilidade em relação ao produto de referência (que, até então, não eram exigidos dos chamados “similares”); e da concorrência no mercado a um preço inferior ao dos produtos de marca. A lei estabelece que os medicamentos genéricos devem ser comercializados a um valor pelo menos 35% inferior ao dos produtos de referência.

No início de 2004, já havia 1124 registros de produtos genéricos no Brasil, abrangendo 53 laboratórios e cobrindo 85% dos medicamentos de referência. Cerca de 10% das vendas no setor estavam relacionadas a produtos genéricos (PRÓ-GENÉRICOS³²). Contudo, se desagregamos esses dados segundo as classes terapêuticas, o comportamento dos diferentes segmentos é bastante heterogêneo. No caso específico dos anticoncepcionais, identifica-se no Brasil a oferta de 14 anticoncepcionais genéricos entre os 62 tipos disponíveis hoje no mercado. Esse número o converte no país com a maior oferta de versões genéricas de anticoncepcionais da região, mas, em comparação com outras classes terapêuticas, continua sendo uma quantidade relativamente baixa (UNFPA, 2015b).

Outra medida complementar importante foi a criação, em 2003, da **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos** (CMED), através da Lei Nº 10.472. A CMED atua como uma segunda barreira para a entrada dos produtos no mercado interno (após o

³¹ No ano de 2000, entre as dez maiores empresas farmacêuticas no Brasil, apenas uma era de origem nacional, comprovando o forte predomínio, naquele momento, das multinacionais estrangeiras no mercado interno brasileiro (POLICARPO et al., 2007).

³² Disponível em: <http://progenericos.org.br> Acesso no dia 20/08/2016

registro sanitário na ANVISA), definindo os parâmetros de fixação dos preços dos medicamentos. Quando se trata de um produto inovador em comparação aos já disponíveis no mercado, o valor é definido utilizando-se os preços internacionais como referência. Se o produto não é considerado inovador, define-se o seu valor pelo preço dos produtos similares que circulam no país. Em ambos os casos, os valores são atualizados anualmente. O Brasil foi um dos países pioneiros, na América Latina, a implementar mecanismos de regulação de preços com a criação de um órgão específico para o desempenho dessa tarefa (LIFSCHITZ et al., 2017).

Um relatório da UNFPA (2016a) atesta a efetividade da regulação dos preços dos anticoncepcionais, em um grupo de países da região. A seguir, apresentamos os dados para a Argentina e o Brasil, nos quais é possível observar que os preços, nesse último, são bastante inferiores aos praticados no primeiro.

TABELA Nº 6. Preço médio unitário dos anticoncepcionais hormonais na Argentina e no Brasil (em dólar PPA)

Países	Princípio Ativo			
	Drospirenona + Etinilestradiol	Levonorgestrel + Etinilestradiol	Levonorgestrel	Etinilestradiol + Gestodeno
Argentina	1,919	0,738	13,051	1,238
Brasil	1,016	0,301	9,404	0,557

Fonte: elaboração própria, com base no Relatório da UNFPA (2016a).

Outras duas medidas complementares merecem destaque. Em 2003, foi criada a **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)**, promovendo a articulação das pautas de medicamentos, da assistência farmacêutica e da ciência e tecnologia. E, em 2004, o governo federal implementou, através do BNDES, o **Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (PROFARMA)**. Os objetivos do PROFARMA são: i) aumentar a produção de medicamentos e de seus insumos; ii) melhorar os padrões de qualidade dos medicamentos, adequando-os às exigências do órgão regulador nacional, a ANVISA; iii) reduzir o déficit comercial dessa cadeia produtiva; iv) estimular a realização de atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D); e v) fortalecer a posição econômica, financeira, comercial e tecnológica da empresa nacional.

O financiamento dos investimentos está previsto em três subprogramas: investimentos na produção (PROFARMA – Produção), investimentos em pesquisa e desenvolvimento (PROFARMA – P, D & I) e fortalecimento das empresas de controle nacional (PROFARMA – Fortalecimento das Empresas Nacionais). O PROFARMA – P, D& I visa estimular o

aproveitamento dos recursos da biodiversidade e a criação de condições para a obtenção de novas moléculas. O PROFARMA – Fortalecimento objetiva apoiar a incorporação, a aquisição ou a fusão de empresas que levem à criação de empresas de controle nacional de maior porte e/ou mais verticalizadas (HASENCLAVER, 2004).

4.3.5 Produção pública de medicamentos

Uma característica peculiar do mercado farmacêutico brasileiro é a existência de um parque de laboratórios, de abrangência nacional, dedicado à produção de insumos destinados, principalmente, aos programas de saúde pública em assistência farmacêutica (OLIVEIRA et al., 2006). O Brasil é um dos poucos países que possui um parque público de produção de medicamentos instalado em diversas regiões do território nacional. Os 18 laboratórios públicos existentes no país se agruparam na Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, o que lhes permitiu a otimização dos recursos.

No caso específico dos contraceptivos, atualmente, existem apenas dois produtos de produção pública no Brasil: o preservativo masculino da empresa Natex, localizada em Xapuri, no Acre, cuja produção é integralmente destinada ao Ministério da Saúde; e o DIU de cobre, produzido pela empresa FURP, de São Paulo, desenvolvido através de uma Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (UNFPA, 2017). Além disso, também estão disponíveis no mercado contraceptivos produzidos pela indústria nacional privada, como os anticoncepcionais injetáveis e as pílulas orais produzidas pela empresa União Química.

Segundo Alencar e Paim (2017), passados mais de 25 anos da implementação do SUS e mais de 10 das principais políticas de medicamentos (PNM, ANVISA, Medicamentos Genéricos, PNAF e PFPB), é possível afirmar que as propostas foram cumpridas em parte, promovendo o acesso da população aos medicamentos, mas ainda persistem grandes desafios. No que tange à contracepção, ainda se identificam desigualdades importantes no acesso, que impactam diretamente na saúde das mulheres.

Na tabela a seguir, resumimos a análise das dimensões e subdimensões, propostas no início do capítulo, da Política Nacional de Medicamentos da Argentina e do Brasil.

TABELA Nº 7. Análise das Políticas de Medicamentos da Argentina e do Brasil

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	PAÍSES	
		Argentina	Brasil
SANITARIA	Provisão pública	Programa REMEDIAR	Irregular
	Existência de mecanismos de co-pagamento	Seguridade social e seguradoras privadas	Programa Farmácia Popular
ECONÔMICA	Regulação / controle de preços	Não	CEMED
	Promoção dos Medicamentos Genéricos	Sim	Sim
INDUSTRIAL	Incentivos à produção pública	Incipiente	Sim

Fonte: elaboração própria.

De acordo com a literatura (TOBAR, 2008; OPS, 2011; TOBAR et al., 2012; UNFPA, 2015b), existem pelo menos dois tipos de vias de acesso aos medicamentos: a chamada via comercial e a via institucional. A **via comercial**, como o nome indica, é quando os próprios usuários adquirem os medicamentos diretamente nas farmácias, pagando por eles. A **via institucional** é um mecanismo adotado em muitos países para enfrentar o problema do acesso. Neste caso, o governo nacional realiza as compras de medicamentos (geralmente centralizadas, através de licitações públicas) para a sua distribuição aos demais níveis de governo. Esse mecanismo permite economias consideráveis nos preços em função da economia de escala e, por sua vez, os usuários recebem os insumos gratuitamente nos serviços de saúde. Ou seja, o canal institucional que a literatura menciona se refere apenas ao subsistema de saúde pública.

A partir da análise dos casos específicos da Argentina e do Brasil, identificamos uma terceira via de acesso, que denominamos de **canal misto**. Nessa categoria, se incluem os copagamentos e/ou os descontos que os usuários recebem, de diferentes atores do sistema de saúde, no momento da compra nas farmácias. Na Argentina, a lei determina que os medicamentos ambulatoriais sejam fornecidos gratuitamente e/ou cofinanciados pelas *obras sociales* e seguradoras privadas.

No Brasil, vale destacar o Programa Farmácia Popular, criado em 2004, que introduziu um novo mecanismo de financiamento (o copagamento) e organizou os serviços farmacêuticos no país através de parcerias público-privadas, o que permitiria, ademais, aumentar a sua expansão com o tempo (VASCONCELOS et al., 2017). No caso do setor privado de planos de saúde, a situação é mais complexa. Os insumos ambulatoriais, também

chamados domiciliares, se encontram entre as exclusões contempladas pela normativa que regula o funcionamento dos planos privados (Resolução Nº 167, de 2007, e Lei Nº 9.656, de 1998), isentando-os de fornecê-los aos seus beneficiários.

Essas três vias de acesso não são excludentes, ao contrário, geralmente tendem a complementar-se. Mesmo nos países que avançaram no fortalecimento do canal institucional, promovendo a provisão pública gratuita, as outras vias de acesso (comercial e mista) continuam representando um problema – particularmente naqueles países onde o acesso aos medicamentos se dá majoritariamente via mercado, através do pagamento direto por parte dos usuários, como é o caso na maior parte da América Latina. Assim, de modo a promover o acesso aos medicamentos, os governos precisam implementar diversas estratégias, como a regulação de preços e/ou a promoção dos produtos genéricos.

Gráfico Nº 4. Tipo de Vias de Acesso – Argentina e Brasil



Fonte: elaboração própria.

Entre 2003 e 2015, a Argentina e o Brasil avançaram na construção e no fortalecimento de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que, entre outras medidas, fomentavam o acesso da população aos contraceptivos. O principal desafio tem sido, por um lado, reduzir as brechas no acesso da população aos serviços de saúde e, por outro, consolidar as respostas, por parte do Estado, que garantam qualidade e oportunidade iguais para os beneficiários dos diferentes subsistemas de saúde. Considerando a análise anterior, a seguir, examinaremos como é operacionalizado o acesso específico aos contraceptivos em ambos países.

4.4 ACESSO AOS CONTRACEPTIVOS NA ARGENTINA

No período analisado, a Argentina contava com um marco legal e com políticas públicas que garantiam o acesso aos contraceptivos, à informação sobre o seu uso, e capacitações para os profissionais da saúde, embora as diferenças entre as províncias evidenciem as brechas e desigualdades no serviço oferecido aos usuários (IPPF, 2015). Nas palavras do/a entrevistado/a N° 5 (tradução nossa): *“Houve influência de organismos internacionais, nessa época, para avançar na implementação de uma política de saúde sexual e reprodutiva, com um componente importante de distribuição de contraceptivos para a população, com o objetivo de controlar o crescimento da população”*.

A lei argentina estabelece que os usuários dos três subsistemas de saúde devem receber os contraceptivos de forma gratuita. Desse modo, é possível identificar tantas vias de acesso quantos são os tipos de cobertura dos serviços de saúde. No país, estima-se que 81% das mulheres em idade fértil (casadas, como explicamos anteriormente) fazem uso de contraceptivos (IPPF, 2015).

4.4.1 Setor Público – Programa REMEDIAR

Entre 2003 e 2015, o PNSSyPR, em parceria com os governos provinciais, implementou ações vinculadas à estratégia nacional de saúde sexual e reprodutiva, entre elas, a distribuição gratuita de contraceptivos associada à promoção de campanhas e à difusão de informação.

No início do programa, os **modelos de aquisição** dos contraceptivos eram a distribuição direta, do governo federal para os depósitos dos governos provinciais; ou a retirada dos insumos, pelos governos provinciais, no depósito central do Ministério da Saúde. Um dos principais desafios era estimar o público alvo do programa, composto por toda a população em idade reprodutiva (mulheres entre 15 e 49 anos de idade; e homens entre 15 e 64), que utilizassem exclusivamente o setor público.

Diante da necessidade de implementar um sistema logístico mais eficiente, em setembro de 2008, decidiu-se que a distribuição dos insumos contraceptivos seria feita através do Programa REMEDIAR. O Programa já operava desde 2002, fornecendo os medicamentos da APS e servindo de “nexo” entre o Ministério da Saúde e os centros de APS em todo o país. Com a medida, esperava-se atingir um fornecimento mais regular dos contraceptivos. No ano 2010, esse modelo de distribuição e de garantia de insumos já fortalecia a capacidade territorial do programa (UNFPA, 2014).

A **distribuição** de contraceptivos pelo Programa REMEDIAR foi implementada gradualmente e se organizava através de um guia. Os passos a seguir eram:

1. O PNSSyPR selecionava e financiava os insumos a serem adquiridos, estimando e projetando a demanda por métodos contraceptivos no subsistema público de saúde;
2. Os insumos eram armazenados no depósito central que o Programa REMEDIAR terceirizava a um operador logístico privado;
3. O PNSSyPR definia a distribuição mensal dos contraceptivos e informava o Programa REMEDIAR;
4. O REMEDIAR confeccionava os kits e os distribuía aos CAPS³³;
5. Os centros de saúde recebiam os kits, armazenavam, prescreviam e distribuía os insumos aos usuários dos serviços públicos de saúde;
6. O REMEDIAR consolidava os dados sobre a utilização dos insumos nos centros de saúde.

Os **métodos contraceptivos** distribuídos de forma gratuita, incorporados gradualmente ao programa, eram: o preservativo masculino, a pílula hormonal (três tipos, em diferentes dosagem: Etinilestradiol + Gestodeno; Etinilestradiol + Levonorgestrel;

³³ Com o tempo, consolidou-se uma modalidade de envio exclusivo de kits contendo apenas insumos do PNSSyPR.

Levonorgestrel), os injetáveis (dois tipos: Medroxiprogesterona + Estradiol; Noretisterona + Estradiol), o implante subcutâneo, o DIU (três tipos, incluindo o liberador de Levonorgestrel), e o Anticoncepcional Hormonal de Emergência (MSAL, 2015; UNFPA, 2016a).

Ao completar-se uma década de implementação do PNSSyPR, o governo federal realizou uma Pesquisa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (ENSSyR, segundo suas siglas em espanhol), cujo único antecedente no país era a informação obtida, entre 2004 e 2005, pela Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde (ENNyS, segundo suas siglas em espanhol), que incluía um módulo sobre saúde sexual e reprodutiva. O trabalho de campo foi levado a cabo pelo Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INDEC) e o objetivo era coletar informações sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres entre 14 e 49 anos de idade, e de homens entre os 14 e 64 anos, nos centros urbanos com população igual ou superior aos 2 mil habitantes. Da análise dos dados, surgiram três documentos: um com informação sobre as mulheres, outro sobre os homens, e um terceiro sobre gravidez, parto e amamentação (ENSSyR, 2013).

Segundo dados da pesquisa (ENSSyR, op.cit.), o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres que participaram do estudo era a pílula hormonal (50,5%), seguida do preservativo masculino (29,6%). Em terceiro lugar, encontrava-se o DIU e, em quarto, os métodos injetáveis. Um dado que chama atenção é o fato de que apenas 9,7% das entrevistadas afirmaram conhecer o AHE. Vale lembrar que, embora a Argentina tenha sido um dos primeiros países na região a oferecer o anticoncepcional de emergência, a tarefa não foi simples. O país enfrentaria uma disputa na Corte Suprema de Justiça que determinou a suspensão da venda do AHE (da marca Inmediat), sendo essa a primeira vez em que se proibia, pela via judicial, um método contraceptivo autorizado previamente pelas autoridades sanitárias (MARTIN, 2004). Algum tempo depois, a decisão foi finalmente revertida, graças à pressão de grupos da sociedade civil. Como afirmado na Entrevista N° 6 (tradução nossa):

É importante destacar que, tanto na Argentina como no Brasil, o movimento de mulheres e outras ONGs que trabalham com os direitos sexuais e reprodutivos tiveram grande influência e se mobilizaram por essa e por outras questões relacionadas. Esse tipo de organização tem mais peso nesses dois países do que em outros países da região.

Nenhuma das mulheres que respondeu não fazer uso de nenhum método afirmou que era por não estarem disponíveis no seu centro de saúde. No entanto, do total de mulheres sexualmente ativas que utilizam algum método contraceptivo, apenas 32,2% obtêm o insumo de forma gratuita e 67,3% pagam por ele. Como já mencionado, tanto na Argentina como no

Brasil, a principal via de acesso aos métodos contraceptivos é a via comercial (mercado). Pode ser que se trate do desconhecimento, por parte dos usuários do setor público, da disponibilidade gratuita dos contraceptivos nos centros de saúde. Nesse caso, seria fundamental fortalecer as estratégias de comunicação e de empoderamento das mulheres sobre o seu direito de acesso gratuito à contracepção.

Segundo a ENSSyR (2013) o fato de ter *Obra Social* ou *Prepaga* não seria um determinante para o acesso gratuito aos métodos contraceptivos já que segundo as entrevistadas só o 24,9% delas acessou aos contraceptivos gratuitamente, o restante foi pagando do próprio bolso.

Por outro lado, é importante destacar que a Argentina possui uma das taxas mais elevadas de gravidez na adolescência da América Latina, com 69,6 nascimentos a cada mil adolescentes, superando países como o Paraguai (63/1000), o Uruguai (60/1000) e o Chile (51,9/1000) (BRIZUELA et al., 2014). Nessa direção, avançou-se na distribuição de métodos reversíveis de ação prolongada para adolescentes que tenham passado, nos últimos 12 meses, por algum evento obstétrico prévio (EOP)³⁴, isto é, um parto, uma cesárea ou aborto. Nesses casos, eram oferecidos um tipo de DIU e o implante subcutâneo.

O implante é colocado sob a pele na forma de cápsulas (ou pequenos cilindros) de liberação prolongada, podendo durar entre três e sete anos. Um problema com esse tipo de insumo é que ele requer um profissional capacitado para inseri-lo na parte superior do braço, com anestesia local. Esse tipo de profissional qualificado nem sempre está disponível nos centros de saúde, sobretudo nos municípios menores e afastados dos grandes centros urbanos. Nesse sentido, uma das conclusões da ENSSyR foi a identificação de desigualdades significativas entre as regiões do país. Por exemplo, o Noroeste argentino (NOA) foi a região onde a maior quantidade de mulheres afirmou não fazer uso de métodos contraceptivos.

Em relação à contracepção cirúrgica, Del Rio (2013) afirma que, segundo dados de uma pesquisa realizada em 2006, pelo Ministério da Saúde, do total de 7713 mulheres entrevistadas, 80% faziam uso de algum método contraceptivo e apenas 8% havia recorrido à ligadura de trompas, ocupando o quarto lugar entre os métodos mais utilizados, com um índice muito inferior ao do Brasil. Porém, ambos os países apresentam o mesmo padrão de feminização da contracepção cirúrgica, e o número de ligaduras de trompas realizadas é muito superior ao de vasectomias. Uma das perguntas incluídas na ENSSyR era se os entrevistados

³⁴ <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MACcompleta.pdf> Acesso no dia 15/04/2018.

conheciam esse tipo de método e as respostas foram 17,9% (para laqueadura) e 4,5% (vasectomia), respectivamente.

4.4.2 Seguridade social e seguradoras privadas

As *Obras Sociales* nacionais e as empresas de seguros privados, compreendidas nas leis Nº 23.660 e Nº 23.661, estão obrigadas a oferecer métodos contraceptivos aos seus beneficiários, conforme estabelecido pelo PMO (Resolução 1.991/2005, que modifica as normas anteriores). Além disso, leis nacionais específicas e a Resolução 310, de 2004, determinam que os beneficiários de ambas, da seguridade social e das seguradoras privadas, terão 100% de cobertura nos medicamentos de uso contraceptivo especificados na Lei Nº 25.673, referente à Saúde Sexual e Procriação Responsável.

Os insumos especificados em lei e oferecidos com cobertura integral aos usuários das *obras sociales* nacionais e/ou das seguradoras privadas são: as pílulas hormonais (15 tipos/apresentações diferentes), o DIU (incluídos os gastos para sua colocação), o preservativo masculino, o diafragma e espermicidas. Exige-se que o médico faça a prescrição pelo nome genérico e os produtos são retirados nas farmácias comerciais ou na própria sede dos agentes da seguridade social, conforme o caso, de forma totalmente gratuita (ARGENTINA, 2002).

Em dezembro de 2006, com a Resolução 755/2006, da Superintendência de Serviços de Saúde (órgão regulador), incorporou-se a contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) para os usuários que reunissem determinadas características detalhadas na normativa. Em março de 2007, o AHE também passou a ser fornecido gratuitamente³⁵. Não obstante, na prática, as barreiras no acesso ao anticoncepcional de emergência persistiram (PETRACI; PECHENY, 2009).

Um dado curioso revelado pela ENSSyR (2013) foi que apenas 24,9% das mulheres com cobertura de algum tipo de *obra social* e/ou seguradora privada declarou obter gratuitamente o contraceptivo. Isso poderia indicar o desconhecimento desse direito, por parte dos beneficiários do setor. Assim, tal como ocorre no subsistema público, podem ter havido erros de comunicação e difusão de informações.

³⁵ <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa.php> Acesso no dia 10/05/2018

4.4.3 Setor privado/particular

Nos referimos, aqui, ao acesso via farmácias comerciais, sem mecanismos de desconto e/ou copagamentos, através do desembolso direto dos usuários do valor integral do insumo. Diversas pesquisas indicam que, na Argentina, assim como no Brasil, essa é a principal via de acesso aos anticoncepcionais (IEPS, 2009; PEREIRA VONK et al., 2013; RODRIGUEZ DE MEDEIRO et al., 2016; ROCHA FARIAS et al., 2016; UNFPA, 2016b).

4.5 ACESSO AOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL

No caso específico dos contraceptivos, foram identificadas três vias de acesso no Brasil, discutidas a seguir: o Sistema Público de Saúde (SUS), o setor privado/particular, e a via de acesso mista (Farmácia Popular).

4.5.1 Sistema Público de Saúde (SUS)

As **compras** dos contraceptivos são realizadas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, de forma centralizada, anual e de acordo com a demanda. Até 2005, os insumos que a União adquiria eram: a pílula hormonal, o DIU, o diafragma, dois tipos de injetáveis e o AHE (ROCHA FARIAS, 2016; VIEIRA, 2010; BRASIL, 2009). A partir de 2005, o Ministério da Saúde foi incorporando novos tipos de métodos como, por exemplo, a minipílula (uma inovação à época) e o Misoprostol que, desde 2010, consta da RENAME (Portaria 1.044, de 2010), fato que nunca ocorreu na Argentina. Em relação à compra e à provisão pública de contraceptivos, foi afirmado na entrevista N° 1:

A área técnica da saúde da mulher faz a solicitação ao DAF [Direção de Assistência Farmacêutica], que se encarrega da compra dos insumos farmacêuticos. O DAF, por sua vez, se divide em: estratégicos, especiais e básicos. Entre os básicos, estão os

anticoncepcionais [...]. O governo federal faz a licitação e envia direto ao estado ou aos municípios que corresponda.

O preservativo masculino não forma parte do elenco de produtos geridos pela assistência farmacêutica, mas está sob um regime específico, vinculado ao Programa Nacional de DST e Aids. Desse modo, como afirma o/a entrevistado/a N° 2, o preservativo está mais associado à prevenção do HIV e de outras DSTs, do que a um método contraceptivo. Na entrevista N° 1, foi destacado que o requisito para o envio dos preservativos masculinos comprados pelo governo federal é que os municípios tenham mais de 500 mil habitantes.

Em pesquisa realizada por Costa et al. (2006), do total de 5.348 municípios que participaram do estudo, 56% declararam contar com preservativos masculinos para distribuição nos centros de saúde, mas os autores afirmam que isso estaria relacionado à grande difusão promovida pelo Programa Nacional de Aids, e não pela Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Isso atenta, em parte, contra a corresponsabilidade masculina no planejamento familiar. Lamentavelmente, esse é um fenômeno comum em grande parte dos países da região. Além disso, o envio dos preservativos masculinos está condicionado ao tamanho dos municípios, limitando-se àqueles com população igual ou superior a 500 mil habitantes (UNFPA, 2016; REPROLATINA, 2017). Embora a maior parte da população brasileira se concentre nas grandes cidades, cerca de 75% dos municípios no Brasil tem uma população de até 20 mil habitantes, segundo o IBGE (2017).

No que tange à **distribuição**, o Ministério da Saúde envia os insumos às capitais estaduais e aos municípios com mais de 500 mil habitantes, como estabelece a Portaria N° 1.555, de 2013. No caso dos municípios menores, o governo estadual é o responsável pelo envio dos insumos do Programa Saúde da Mulher. O envio não é automático, mas em função da demanda, isto é, os municípios solicitam ao governo estadual os insumos de que necessitam (BRASIL, 2013). Nas gestões relacionadas à distribuição (logística) é onde se encontram as maiores dificuldades e atrasos no fornecimento público de medicamentos, e dos contraceptivos em particular. Um dos principais problemas enfrentados é que muitos desses municípios menores não têm capacidade técnica-institucional para as gestões logísticas implicadas.

Por sua vez, o **fornecimento** dos insumos da SSR aos usuários é feito através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde o início do PAISM, foi recomendado que as tecnologias disponíveis para a contracepção sejam oferecidas à população e que a atenção relativa ao planejamento familiar seja realizada no contexto da atenção à saúde, inclusive sob

as mesmas diretrizes, como, por exemplo, a integralidade (COSTA et al., 2006). O problema está na implementação das ações de SSR, como relatado na Entrevista N°3:

As equipes da ESF não estão preparadas para trabalhar com SSR, não têm capacitação para isso [...]. Às usuárias que chegam nos serviços de saúde do SUS, a gente oferece o que tem, elas não têm liberdade para decidir. [...] É um fornecimento tipo supermercado, o que chamamos de entrega por demanda, mas sem nenhum acompanhamento ou explicação.

Costa et al. (2006) afirmam que a oferta de métodos contraceptivos no SUS é bastante desigual, com forte prevalência da pílula hormonal e da esterilização cirúrgica feminina (ligadura de trompas). De acordo com Rodriguez de Medeiros et al. (2016), os serviços de saúde não estão devidamente preparados para atender às demandas das mulheres por contracepção. O estudo afirma ainda que a pílula hormonal é o método mais utilizado pelas brasileiras, o que acontece, em grande medida, por falta de conhecimento e de acesso a outros métodos.

Os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)³⁶, de 2006 (último dado oficial disponível no Brasil sobre o uso de contraceptivos), confirmam a prevalência do uso do contraceptivo oral (22,1%), seguido da esterilização feminina (21,8%), do preservativo masculino (12,9%), de injetáveis (3,5%) e da esterilização masculina (3,3%).

Segundo o estudo realizado por Costa et al. (2006), de um total de 5.348 municípios, em 56,4% deles o DIU não está disponível; o diafragma, em 77,3%. Em uma pesquisa realizada no Ceará, também foram identificadas dificuldades no acesso ao DIU (MOURA et al., 2007). Por outro lado, Heilborn et al. (2009) afirmam que, mesmo disponível, o DIU é de baixíssima utilização, como também foi relatado na Entrevista N° 1:

No Brasil, tem um estoque muito grande de DIU, mas não tem demanda [...]. Tem dificuldades na colocação por falta de capacitação dos recursos humanos [...], faltam estratégias para promover o acesso. Além disso, a cadeia de abastecimento é péssima, em termos de segurança [...]. Também há resistência por parte dos médicos para colocar [...], demora mais a consulta. O implante subcutâneo tem, mas para uma população muito específica, mulheres em situação de rua ou usuárias de crack [...]. O município de São Paulo, por exemplo, comprou cinco mil, cinco mil não é nada.

³⁶ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf Acesso no dia 10/02/2018

Sobre o AHE, na Entrevista Nº 3 foi afirmado que o problema reside, justamente, na sua má distribuição: *“Não tem na emergência e a usuária que precisa dele é de emergência. Na farmácia comercial ela consegue, assim as usuárias que precisam acabam pagando do próprio bolso”*. Um problema que afeta a maioria dos países da América Latina é o preço elevado do AHE, que apresenta variações importantes inclusive no interior de um mesmo país (UNFPA, 2015b). Ademais, a introdução desse tipo de insumo enfrenta fortes resistências por parte de grupos religiosos e conservadores. Em um estudo realizado no ano de 2000 com 43 organizações filiadas à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF, por sua sigla em inglês), os anticoncepcionais de emergência estavam disponíveis em apenas 4 países da região, na Argentina e no Brasil, além da Jamaica e da Venezuela (MARTIN, 2004).

O Misoprostol tem um regime específico de distribuição e é enviado pelo Ministério da Saúde diretamente para os hospitais, isto é, para o segundo nível de atenção. Não está disponível nos centros de saúde. Como afirmado na Entrevista Nº 3: *“O Misoprostol está disponível no Brasil para indicação obstétrica, mas é muito mal distribuído. Nas farmácias comerciais é proibido, o Cytotec é proibido”*.

Por fim, a contracepção cirúrgica feminina é o segundo método mais utilizado no Brasil, depois da pílula (COSTA et al., 2006). Um estudo realizado por Pedro (2003) apresenta dados sobre o forte crescimento dessa prática em apenas uma década, com um salto no índice de prevalência de 26,9%, em 1986, para 40,1%, em 1996. O Brasil passou a figurar, então, entre os países do mundo com o maior número de esterilizações (DEL RIO, 2013).

Segundo o estudo de Costa et al. (2006), a ligadura de trompas não era oferecida pelo SUS em 56,4% do total de 5.348 municípios pesquisados. Não obstante, o procedimento é difusamente praticado no país, de onde se infere que ele é feito de modo particular, mediante o pagamento pelo próprio paciente. De acordo com Vieira (2005), essa prática era realizada, inclusive, nos serviços de saúde públicos, mas de forma “clandestina” e vinculada ao pagamento direto feito pelos pacientes.

A partir da entrevista a um grupo de mulheres da chamada *“geração da pílula”*, uma pesquisa buscou reconstruir a sua experiência em relação à contracepção. Foram entrevistadas onze mulheres residentes em Florianópolis pertencentes à classe média, e duas das classes populares. 38% das entrevistadas havia feito a ligadura de trompas e apenas 12% delas relataram que seu companheiro havia feito a vasectomia, indicando uma feminização da esterilização (PEDRO, 2003). Nessa mesma direção, das quinze mulheres entrevistadas na pesquisa realizada por Rodriguez de Medeiros et al. (2016), nenhuma declarou que seu

companheiro havia feito a vasectomia; além disso, a maioria afirmou que o método que utilizava não era distribuído no seu posto de saúde.

4.5.2 Setor privado (Planos e Particular)

No setor dos planos de saúde privados, o acesso à contracepção é extremamente fragmentado. Os medicamentos ambulatoriais (também chamados domiciliares), dentre os quais se encontram os anticoncepcionais, estão entre as exclusões contempladas na normativa (Resolução 167, de 2007, e Lei Nº 9.656, de 1998) que regulamenta os planos privados, isentando-os do fornecimento desses insumos aos seus beneficiários. Contudo, o Anexo I da mesma resolução (167/2007) estabelece que os planos deverão cobrir a contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) e o DIU, incluídos os gastos com a sua colocação. Existe pouca informação sobre o que acontece na prática.

A cobertura dos planos de saúde privados em relação à oferta de métodos contraceptivos varia entre os planos ou, em um mesmo plano, de acordo com a área geográfica e/ou com o valor da apólice (REPROLATINA, 2017). A realidade é que, sem mecanismos que exijam e/ou regulem os serviços e insumos que devem ser cobertos pelo setor, é muito difícil que eles sejam oferecidos e, menos ainda, padronizados. Como relatado na entrevista Nº 3:

A Unimed eu sei que oferece quase todos os métodos, mas só, acho que nenhum outro. Não tem uma política nacional sobre o que eles devem ou não cobrir em termos de contracepção. Em tese, os planos devem cobrir o DIU não hormonal, mas nem todos o fazem.

Por outro lado, o/a entrevistado/a Nº 2 mencionou que os usuários “*sempre têm a possibilidade de compra-los no Farmácia Popular*”. O setor privado ainda contempla a via de acesso comercial, na qual o usuário adquire o insumo através do desembolso direto do valor integral. Várias pesquisas indicam que essa é a principal via de acesso aos métodos contraceptivos no Brasil (ROCHA FARIAS et al., 2016; RODRIGUEZ de MEDEIRO et al., 2016; UNFPA, 2016; PEREIRA VONK, 2013).

4.5.3 Misto

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), com sua rede de farmácias próprias e/ou conveniadas do setor privado, representa uma nova modalidade de fornecimento que consideramos pertinente denominar aqui de modalidade mista. 90% do valor dos insumos contraceptivos é coberto pelo Estado e o restante é pago pelo usuário no momento da compra. Uma diferença importante entre essa modalidade de acesso e o setor público é que, aqui, o acesso ao insumo se realiza fora dos serviços de saúde.

Os anticoncepcionais estão incluídos no PFPPB desde junho de 2007. Quatro métodos estão disponíveis: dois tipos de pílulas hormonais (Etinilestradiol + Levonorgestrel; Noretisterona) e dois tipos de injetáveis (Acetato de Medroxiprogesterona; Valerato de Estradiol + Enantato de Noretisterona), além do preservativo masculino (MENDES DA SILVA; CAETANO, 2015).

4.6 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Na Argentina, assim como no Brasil, a política de medicamentos com foco nos contraceptivos é complexa. As vias de acesso a esses insumos são diversas, como também são variados os tipos de métodos disponíveis. Em ambos os países, o acesso dos usuários é fragmentado de acordo com o tipo de cobertura. As medidas adotadas por ambos, no que se refere à Política de Medicamentos, influíram sobre as vias de acesso aos contraceptivos, em particular, o que foi possível verificar a partir das dimensões e observações discutidas a seguir.

A primeira dimensão analisada da política de medicamentos foi a **dimensão sanitária**. A Argentina, com o Programa REMEDIAR de distribuição de medicamentos de APS (incluindo os anticoncepcionais), conseguiu abranger, de maneira uniforme, uma quantidade importante de centros de saúde em todo o país. No Brasil, por sua vez, a provisão pública apresenta irregularidades, devido às condicionalidades referentes ao tamanho da população para o recebimento dos insumos. O envio dos contraceptivos do Ministério da Saúde para os demais níveis de governo não é realizado de forma automática, mas sob demanda. Nesse

sentido, os municípios de menor porte (e menor capacidade técnica e logística) tendem a ter mais dificuldades com a gestão desses insumos.

A Argentina, por outro lado, com o PMO, estabeleceu “pisos mínimos” para a cobertura dos serviços e insumos de saúde aplicáveis aos três subsistemas que compõem o sistema de saúde no país (e que, inclusive, apresentam grandes diferenças entre eles, exacerbando a fragmentação do sistema sanitário argentino). Entre os “mínimos” estabelecidos está a cobertura integral dos medicamentos ambulatoriais e, entre eles, os insumos contraceptivos, como especifica expressamente a legislação. Dadas as limitações deste trabalho, não é possível saber exatamente o que acontece, na prática, com as usuárias de cada tipo de cobertura (em particular do setor da seguridade social, que é regulado e/ou controlado por diferentes órgãos), mas podemos reafirmar, mais uma vez, que uma decisão tomada no âmbito da política de medicamentos contribui para o alcance da saúde sexual e reprodutiva e, neste caso específico, para o acesso gratuito aos anticoncepcionais.

No que se refere aos mecanismos de copagamento, ambos os países adotam essa estratégia como uma via de acesso possível: na Argentina, particularmente no setor da seguridade social (OS), embora no caso dos métodos contraceptivos a legislação exija a cobertura e a gratuidade para os usuários; e, no Brasil, através do Programa Farmácia Popular, no qual os usuários arcam com um valor mínimo dos insumos.

A segunda dimensão analisada foi a **dimensão econômica**. O Estado brasileiro avançou ativamente na promoção dos medicamentos genéricos, criando mecanismos de incentivo à sua produção e à sua disponibilidade no mercado interno. Atualmente, estão disponíveis versões de anticoncepcionais genéricos a preços inferiores nas farmácias comerciais do país (como mencionado, o Brasil tem uma grande oferta de anticoncepcionais genéricos no mercado). A Argentina também dispõe da oferta de versões genéricas de anticoncepcionais, mas, diferentemente do que determina a legislação brasileira, não é obrigatório que os produtos genéricos sejam vendidos a preços inferiores aos dos produtos inovadores, o que faz com que, muitas vezes, eles tenham preços inclusive mais altos. Esse é um exemplo claro de uma medida adotada no âmbito da política de medicamentos que acaba influenciando diretamente o acesso aos anticoncepcionais.

Por fim, a última dimensão analisada foi a **dimensão industrial**, isto é, os incentivos à produção pública de medicamentos. Nesse sentido, o Brasil tem uma política mais desenvolvida e com a finalidade clara de abastecimento do sistema público de saúde, embora, no caso dos contraceptivos, a produção continue sendo baixa. Na Argentina, a produção

pública de medicamentos ainda é incipiente e só foi possível identificar um produto contraceptivo disponível, que não estava incluído entre os insumos distribuídos pelo governo federal.

Outras questões específicas foram identificadas em ambos os países: uma intensa feminização da contracepção cirúrgica (número de laqueaduras muito superior ao de vasectomias); um “preconceito” com relação ao preservativo masculino, mais associado ao controle de doenças sexualmente transmissíveis do que ao planejamento familiar; e resistências ao AHE e ao Misoprostol, particularmente na Argentina, que também enfrentam dificuldades logísticas no caso brasileiro.

Um último aspecto importante que foi possível identificar, ao longo da análise, foram as dificuldades de comunicação e o desconhecimento a respeito da disponibilidade e do acesso aos insumos de saúde sexual e reprodutiva. Em particular, as entrevistas com agentes chave do sistema evidenciaram a ausência de informações claras sobre o que está disponível e o que deveria estar disponível em cada subsistema (público, privado, seguridade social). Essa falta de informação pode ter uma influência negativa na subutilização dos métodos contraceptivos em ambos os países.

Tanto na Argentina como no Brasil, países onde o acesso aos medicamentos depende, em grande medida, da capacidade de pagamento dos usuários, as medidas adotadas no sentido da regulação e/ou do controle de preços, da promoção de versões genéricas mais baratas, de descontos e/ou mecanismos de copagamento que podem ser operados por diferentes agentes do sistema e, em último caso, a provisão gratuita pelo sistema público de saúde, têm um impacto positivo no acesso dos usuários aos medicamentos e aos métodos contraceptivos, em particular.

5 CONCLUSÃO

As vias de acesso aos métodos contraceptivos apresentam, na Argentina e no Brasil, características particulares que as distinguem dos demais medicamentos essenciais, assim como aspectos que diferenciam esses países entre si. Foram identificados seis elementos constitutivos dessas vias de acesso: 1) a influência do processo político; 2) a relação entre as vias de acesso e o desenho político-institucional do sistema de saúde; 3) a participação de novos atores no desenho das políticas públicas; 4) a feminização da contracepção; 5) o desconhecimento do direito à contracepção gratuita ou cofinanciada; e 6) que as decisões tomadas no âmbito da Política de Medicamentos tiveram maior influência no acesso aos métodos do que as decisões relativas à Saúde Sexual e Reprodutiva. A seguir, serão discutidos cada um desses elementos.

5.1 A INFLUÊNCIA DO PROCESSO POLÍTICO

O **processo político** influenciou na introdução da temática da saúde sexual e reprodutiva, com a promoção do acesso aos contraceptivos, na agenda pública de ambos os países. No Brasil, esse processo aconteceu durante a década de 1980, em plena ditadura militar; na Argentina, ele ocorreu apenas recentemente, entre 2002 e 2003, após a eclosão, em dezembro de 2001, de uma severa crise política, econômica, social e institucional no país que, inclusive, levaria à renúncia do presidente da República naquele momento. Se entendemos que as decisões em políticas públicas não são alheias ao contexto no qual emergem, o anterior se torna extremamente significativo.

A ditadura militar brasileira temia o aumento desmedido da população, ou melhor, a reprodução acelerada da pobreza, criando um espaço na arena política para promover a contracepção entre a população. Na Argentina, durante a ditadura, esse espaço não existiu. Tradicionalmente, o país sofria com o estigma de ser “vazio”, despovoado em relação ao tamanho do seu território. O Processo de Reorganização Nacional (como se autodenominou a ditadura militar que governou o país entre 1976 e 1983) buscou promover a procriação, disseminando os valores familiares tradicionais na sociedade. Nem com o retorno da democracia, em dezembro de 1983, a temática encontrou espaço na agenda pública. Isso só

aconteceria muitos anos depois, após a grave crise que arrasou o país. A crise de dezembro de 2001 gerou uma oportunidade para a introdução da saúde sexual e reprodutiva na agenda governamental. Nesse contexto, pode-se dizer que o temor do governo argentino era similar ao do Brasil, duas décadas antes: a reprodução acelerada da pobreza.

5.2 RELAÇÃO ENTRE AS VIAS DE ACESSO E O DESENHO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

O **desenho político-institucional** dos sistemas de saúde determina, em grande medida, as vias de acesso disponíveis aos contraceptivos. Embora os sistemas de saúde da Argentina e do Brasil tenham sido constituídos por processos muito diferentes, os problemas que enfrentam são similares. Um deles se refere, precisamente, ao acesso aos métodos contraceptivos que, quando não se concretiza, impacta negativamente a saúde das mulheres. A comparação entre esses países permitiu compreendermos a forma como cada país organiza a sua estratégia em relação a essa problemática compartilhada. E permitiu, também, conhecer as diferentes perspectivas na sua abordagem do tema.

A Argentina e o Brasil contam com sistemas públicos de saúde gratuitos que, embora apresentem diferenças importantes entre eles, brindam algum tipo de cobertura gratuita de métodos contraceptivos à população. O tipo de cobertura dos medicamentos em geral, e dos contraceptivos em particular, está intimamente relacionado com o desenho institucional dos sistemas de saúde nacionais. Ao longo deste trabalho, foi possível observar que, em ambos os países, os usuários dispõem de diversas formas de acesso à contracepção e cada uma delas corresponde ao tipo de cobertura que eles possuem (isto é, ao subsistema no qual recebem atenção médica). Assim, a hipótese N° 1 – *“as vias de acesso aos contraceptivos reproduzem a fragmentação inerente aos sistemas de saúde”* – foi corroborada, iluminando a relação entre o desenho político-institucional do sistema de saúde e as vias de acesso que ele é capaz de gerar.

O preservativo masculino apresenta características peculiares, também relacionadas com a fragmentação do sistema de saúde e da saúde sexual e reprodutiva, em particular. Nos dois países, o preservativo está mais associado à prevenção do HIV/AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis do que ao planejamento familiar – o que é confirmado não apenas pelos dados coletados em pesquisas nacionais com usuários, mas também pelo tratamento que

o próprio sistema de saúde dá a ele, isto é, pela lógica operativa a partir da qual ele é financiado, comprado, distribuído e fornecido no sistema público de saúde.

No caso argentino – cujo sistema de saúde está composto por três subsistemas que, muitas vezes, se sobrepõem na cobertura sanitária oferecida à população (que, em alguns casos, pode chegar a ter dupla ou tripla cobertura) – a legislação determina, no caso específico dos métodos contraceptivos, uma espécie de “pisos mínimos”. Desse modo, todos os três subsistemas devem fornecê-los gratuitamente aos seus beneficiários, o que equivale dizer que o Estado exige, dos agentes privados e da seguridade social (*obras sociales*), o mesmo que ele oferece aos usuários do sistema público de saúde. Não obstante, é preciso esclarecer que um enunciado positivo não necessariamente implica um direito adquirido para a população. Em todo caso, o anterior reforça a hipótese N° 1 e as vias de acesso aos contraceptivos são tantas quantos são os mecanismos de cobertura sanitária existentes no país.

5.3 PARTICIPAÇÃO DE NOVOS ATORES NO DESENHO DAS POLÍTICAS

Uma característica distintiva dos contraceptivos em relação a outros medicamentos essenciais é a influência de atores externos à política de saúde, seja durante o processo de desenho e/ou na implementação das políticas nacionais de saúde sexual e reprodutiva e da promoção do acesso aos anticoncepcionais. Esses atores podem ser favoráveis ao tema, como os movimentos de mulheres, ou contrários, como os grupos religiosos e/ou conservadores.

Na Argentina, assim como no Brasil, houve pressão de grupos religiosos e conservadores no momento de discutir a distribuição de métodos contraceptivos no setor público de saúde. A capacidade de pressão desses grupos foi mais intensa no caso argentino. É inconcebível que um grupo externo à área da saúde interfira no fornecimento de outros tipos de medicamento. A introdução do AHE no mercado argentino é um exemplo claro. A pressão de certos grupos alcançou inclusive as instâncias judiciais, nas quais conseguiram, temporariamente, a proibição da sua venda nas farmácias comerciais. Outro exemplo foram as resistências à incorporação do Misoprostol na Lista de Medicamentos Essenciais, fato que nunca ocorreu na Argentina. O Brasil, por sua vez, conseguiu incorporá-lo, mas foram encontradas dificuldades na cadeia de fornecimento.

5.4 FEMINIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO

No período analisado (2003-2015), os programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva da Argentina e do Brasil apresentaram algumas características que indicam a adoção de um enfoque amplo, que vai além do estritamente sanitário na direção da promoção dos direitos humanos, em seu sentido amplo. Os programas nacionais incorporaram uma perspectiva de gênero e abandonaram o estricto binômio mãe-filho, cuja ênfase recai no aspecto reprodutivo. Além disso, incorporaram aos homens como público alvo desse tipo de iniciativa, promovendo a sua corresponsabilidade na saúde sexual e nas decisões reprodutivas.

Contudo, embora necessários, esses avanços parecem não ter sido suficientes e ambos os países continuam apresentando dificuldades para melhorar os indicadores de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, tais como: taxas elevadas de mortalidade materna, dificuldades no acesso aos métodos contraceptivos, uma quantidade significativa de gravidezes não desejadas, alta incidência de gravidez na adolescência, número elevado de mortes em decorrência de abortos inseguros (o aborto é ilegal nos dois países, exceto em casos específicos e que, dificilmente, são cumpridos) e a morbimortalidade das mulheres, em geral.

Por outro lado, a feminização da contracepção persiste de forma bastante evidente, sendo a pílula hormonal o método mais utilizado em ambos os países. No caso da contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia), a feminização é ainda mais marcada e a quantidade de laqueaduras praticadas supera em duas vezes ou mais a de vasectomias.

5.5 DESCONHECIMENTO DO DIREITO À CONTRACEPÇÃO GRATUITA E/OU COFINANCIADA

Na revisão e na análise da literatura, assim como nas entrevistas realizadas, foram identificadas contradições e pouca clareza sobre o direito dos usuários em relação a esses insumos e sobre a obrigação dos agentes de saúde de fornecê-los de forma gratuita e/ou cofinanciada. Esse pode ser um dos fatores que contribuiu, em parte, para o fato de que a principal via de acesso aos métodos contraceptivos, em ambos os países, é a via comercial, ou seja, através do pagamento direto por parte dos usuários.

5.6 A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A política de medicamentos com foco nos contraceptivos é complexa em ambos os países. As vias de acesso a esses insumos são diversas, fragmentadas e segmentadas (de acordo com o tipo de cobertura), como também são variados os tipos de métodos disponíveis. A análise de políticas desenvolvida neste trabalho permitiu corroborar a hipótese Nº 2 – “*as medidas adotadas no âmbito da Política de Medicamentos tiveram grande influência nas vias de acesso aos anticoncepcionais*” – a partir dos dados que discutimos a seguir.

No que tange à provisão pública de métodos contraceptivos, na Argentina, o Programa REMEDIAR de distribuição gratuita de medicamentos de APS (incluídos os anticoncepcionais) conseguiu alcançar, de maneira relativamente uniforme, uma quantidade significativa de centros de saúde em todo o país. No Brasil, por sua vez, a provisão do Estado apresenta irregularidades, em parte devido às condicionalidades referentes ao tamanho da população para o envio dos insumos. O envio de contraceptivos do Ministério da Saúde para os demais níveis de governo não é feito automaticamente, mas sob demanda. Nesse sentido, os municípios de menor porte (e com menor capacidade técnica e logística) tendem a apresentar as maiores dificuldades de gestão desses insumos.

Por outro lado, a Argentina, através do PMO, criou mecanismos de “pisos mínimos” na atenção em saúde para os três subsistemas que compõem o sistema de saúde nacional e estabeleceu a exigência de cobertura integral dos medicamentos ambulatoriais e, entre eles, dos anticoncepcionais, como especifica expressamente a norma. Como já afirmado no capítulo anterior, dados os limites deste trabalho, não é possível saber exatamente o que acontece, na prática, com as usuárias de cada tipo de cobertura. Mas podemos afirmar que uma decisão tomada no âmbito da política de medicamentos influencia, em grande medida, o alcance da saúde sexual e reprodutiva e, neste caso específico, o acesso gratuito aos métodos contraceptivos. Duas esclarecimentos são necessárias aqui: não há informações sobre a existência de mecanismos de controle efetivos, que comprovem que a cobertura declarada seja cumprida na prática, assim como uma declaração positiva não implica necessariamente um direito adquirido para os usuários do sistema de saúde.

Ambos os países dispõem de mecanismos de cofinanciamento como uma via de acesso possível aos anticoncepcionais: na Argentina, isso se refere particularmente ao setor da

seguridade social (OS), embora, no caso dos métodos contraceptivos, a legislação estabeleça a exigência de cobertura integral e gratuita para os usuários; no Brasil, trata-se do Programa Farmácia Popular, no qual os usuários arcam com um valor mínimo dos insumos (praticamente, um valor simbólico).

No que se refere à dimensão econômica da política de medicamentos, no Brasil, o Estado avançou ativamente na promoção dos medicamentos genéricos, criando incentivos à sua produção e à sua disponibilidade no mercado interno. Atualmente, versões de anticoncepcionais genéricos estão disponíveis nas farmácias comerciais do país com preços mais acessíveis que os produtos de marca. Na Argentina, também existe a oferta de versões genéricas de anticoncepcionais, mas, diferentemente do que estabelece a legislação brasileira, não é obrigatório que os produtos genéricos sejam comercializados a preços inferiores aos dos produtos inovadores, o que faz com que, muitas vezes, eles inclusive sejam vendidos a um preço superior. Esse é um exemplo claro de uma medida adotada no âmbito da política de medicamentos que acaba influenciando diretamente o acesso aos contraceptivos. Em todo caso, em ambos os países, a oferta de versões genéricas dos anticoncepcionais é bastante inferior, se comparada à disponibilidade de versões genéricas de outros medicamentos essenciais.

No caso da produção pública de medicamentos, o Brasil possui uma política mais desenvolvida e com a finalidade clara de abastecimento do sistema público de saúde, embora, no caso dos contraceptivos, a produção continue sendo baixa. Na Argentina, a produção pública de medicamentos ainda é incipiente e só existe um produto anticoncepcional disponível, que não estava incluído nos insumos distribuídos pelo governo federal.

Por fim, cabe destacar algumas “lições aprendidas” na comparação entre os países. No período analisado, a Argentina constituiu um exemplo de como uma situação política e institucional de crise é capaz de criar um nicho para a introdução de um tema na agenda pública e para o desenho e a discussão de políticas públicas. Os mecanismos de “pisos mínimos” para os serviços e insumos de SSR – e para os contraceptivos, em particular – representam uma oportunidade de universalizar, ainda que de maneira fragmentada, um direito à população. No Brasil, isso poderia ser replicado igualmente para os usuários dos planos de saúde privados, incluindo cerca de 50 milhões de pessoas no acesso gratuito aos métodos contraceptivos.

O Brasil desenvolveu, no setor de medicamentos, uma política pública que, apoiada em uma gama ampla de ações possíveis e simultâneas, parece ter contribuído não apenas para impulsionar a temática na agenda pública, mas também para promover o trabalho intersetorial. Algumas dessas medidas foram, por exemplo, a implementação de mecanismos de incentivo industrial para a produção de medicamentos genéricos, associada à obrigatoriedade da sua comercialização a um preço pelo menos 35% inferior ao dos já disponíveis no mercado, além da criação de um órgão (CMED) para o controle de preços dos produtos inovadores.

A Argentina avançou na implementação da SSR como uma política independente, ao passo que o Brasil, por sua vez, optou por implementá-la através da ESF já existente. Não podemos afirmar se uma dessas estratégias é melhor do que a outra. Apesar dos avanços contidos nos programas nacionais, em ambos os países, ainda há um longo caminho a percorrer para a melhoria dos indicadores de saúde das mulheres.

6 REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde em Debate. Rio de Janeiro**, V. 41, N. Especial 3, P. 45-49, set 2017.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Guía para el uso de métodos anticonceptivos**. Buenos Aires, outubro 2002.

ARGENTINA. Ministerio de Educación de la Nación. **La educación sexual integral en la Argentina: Balances y desafíos de la implementación de la ley (2008-2015)**. Buenos Aires, s/d.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y Desafíos**. Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable. Balance 2003-2011. Buenos Aires, s/d.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR 2013)**. Buenos Aires, 2013.

ARGENTINA. Lei nº 25.673 de 22 de novembro de 2002. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. República Argentina.

ARGENTINA. Ministerio de Economía. Secretaria de Política Económica. **Producción Regional por complejos productivos. Complejo Farmacéutico**. Buenos Aires, Argentina. 2011.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais**, São Paulo: Cortez-IEE, p. 29-49 , 1998.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, núm. 2, p. 329-339, 2001.

BELLÓ, Mariana e BECERRIL-MONTEKIO, Victor. Sistema de salud de Argentina. **Salud Publica Mex**, vol. 53, supl. 2, p. S96-S108, 2011.

BELMARTINO, Susana. **Una década de la reforma de la atención médica en Argentina**. Salud Colectiva. 1 (2): 155-171. Maio – agosto, 2005.

BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf> Acesso no dia 24/05/2017

BENNETT, Sara; QUICK, Jonathan e VELAZQUEZ, Germán. **Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and national drug use**. Health Economics and Drugs Series, No. 005. Genebra: OMS. 1997

BERENGUERA, Anna; FERNÁNDEZ DE SANMAMED, Maria José; PONS, Mariona; PUJOL, Enriqueta; RODRÍGUEZ, Dolores e SAURA, Silvia. **Escuchar, observar y comprender**. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la

investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.

BERMÚDEZ, Jorge. Medicamentos Genéricos: uma alternativa para o Mercado Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (3): p. 368-378. 1994

BERMÚDEZ, Jorge; OLIVEIRA, Auxiliadora e ESHER, Angela. **Acesso a Medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BIGDELI, Maryam; JACOBS, Bart; TOMSON, Goram; LAING, Richard; GRAFFAR, Abdul; DUJARDIN, Bruno e VAN DAMME, Wim. Access to Medicines from a health system perspective. **Health Policy and Planning**, 28: p. 692-704, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794462/> (último acesso em: 08/10/2017)

BONAN, Claudia; SILVEIRA DA SILVA, Kátia; TIZIANO DE SEQUEIRA, Ana Lúcia e RODRIGUES FAUSTO, Marcia Cristina. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, n. 10, supl.1, S107-S118, nov. 2010.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria 3.916/1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2012/2008. Disponível em: PORTARIA 2012/2008. REEMPLAZADA X: PORTARIA Nº 1.044, DE 5 DE MAIO DE 2010 REEMPLAZADA X:PORTARIA Nº 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Chefatura de Assuntos Jurídicos. Decreto 6.286 de 2007- Institui o Programa Saúde nas Escolas.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa n. 167 de 09 de janeiro de 2007. Rio de Janeiro, ANS, 2007.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa n. 192, de 27 de maio de 2009. Rio de Janeiro, ANS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No. 1.555 de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL. Ministério de Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática. Brasília: centro de documentação, 1984. (Textos Básicos de Saúde, série b, v.6).

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Programas Estratégicos de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes- Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Programas Estratégicos de Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1. Brasília, DF. 2005

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Programas Estratégicos de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde dos Homens. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria 1.555 de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Portaria 373 de 27 de Fevereiro de 2002. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02.

BRASIL. Portaria GM 252 de 6 de Fevereiro de 2006. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

BRIZUELA, Vanesa; ABALOS, Edgardo; RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana. **El embarazo en la adolescencia**. Hojas Informativas. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). Argentina, Dic. 2014.

BROWN, Josefina. El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales. In: PECHENY, Mario; FIGARI, Carlos; JONES, Daniel. **Todo sexo es político: estudios sobre sexualidades en Argentina**. Buenos Aires: Libros del Zorzal,, p. 277-301, 2008.

BROWN, Josefina. Cuerpo, sexualidad y poder. El saber científico como soporte último de la salud y la justicia. Apuntes para el debate. **Sociedad. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA**. Buenos Aires, vol. 29/30: p. 31-52, 2011.

CARVALHO ALMEIDA, Carolina; FREITA DE ANDRADE, Kaio Vinicius. Assistência Farmacêutica no sistema único de saúde (SUS): conceito histórico e dispositivos legais. **Rev. Saúde. Com**. Vol. 10 (1): p. 80-86, 2014.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política social e desenvolvimento no Brasil. Economia e Sociedade**. Campinas, v. 21, número especial, p. 1011-1042, 2012.

CEPAL. **Estudio económico de América Latina y el Caribe 2009-2010**. Santiago de Chile: CEPAL, 2010.

CEPEDA, Agustín. Historiando las Políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006). **Prácticas de Oficio**.

Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, General Sarmiento, n. 2, p. 23-37, julio de 2008.

CESILINI, Sandra e GHERARDI, Natalia. **Los Límites de la Ley. La Salud Reproductiva en la Argentina**. Buenos Aires: Banco Mundial, 2002.

CETRÁNGOLO, Oscar; SAN MARTÍN, Mariano; GOLDSCHMIT, Ariela y LIMA QUINTANA, Laura. **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros**. 1era. Edición, Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, 2011.

CIPD. **Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Plataforma del Cairo**. (A/CONF.171/L.4 e Add. 1) 13a. Sessão Plenária, 13 de setembro de 1994.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa et al. (coordenadores) **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, p. 563-613, 2006.

CONILL, Eleonor; PIRES Denise; CHITTO SISSON, Maristela; DE OLIVEIRA, Maria Conceição; BOING, Antonio Fernando; PATTRIG FERTONANI, Hosanna. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5): p. 1501-1510, 2008.

CORREA, Sônia; JANNUZZI, Paulo e DINIZ ALVES, José. **Direitos e Saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Trabalho realizado com o apoio de UNFPA- Brasil, no âmbito do Sub-Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva. Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”. Rio de Janeiro: ABEP e IBGE, setembro de 2003.

CORREA, Sônia e PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6 (1/2): p. 147 -177, 1996.

COSTA, Ana Maria e AQUINO, Estela. Saúde da mulher na Reforma Sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria et al. (orgs). **Saúde, equidade e Género: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: UnB, 2000.

COSTA, Ana Maria. Planejamento Familiar no Brasil. **Revista Bioética**. Vol. 4(2): p. 209-17 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379

COSTA, Ana Maria. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS?** Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor, área de concentração *Bioética, Direitos Humanos e Género*. Brasília, 2004.

COSTA, Ana Maria. **O Programa de assistência integral à saúde da mulher: anotações para um debate**. Anais ABEP, 1986. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/t86v02a24.pdf>. Acesso 15/03/2017

COSTA, Ana Maria. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de e CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 979-1009, 2008.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce e DEE SILVER, Lynn. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, 6 (1): 75-84, jan/mar, 2006.

COTTINGHAM, Jane; KISMODI, Eszter; HILBER, Adriane Martin; LINCETTO, Ornella; STAHLHOFERE, Marcus e GRUSKINF, Sofia. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. **Bulletin of the World Health Organization**, vol. 88, no 7, p. 551-555, 2010.

CRISPIM BOING, Alexandra; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; BOING, Antonio Fernando; BASTOS, João Luiz e PERES, Karen Glazer. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (4), 691–701, abr. 2013.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup), 1851-1864, 2007.

DEL RIO, Cynthia Fortuna. Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica en Brasil y Argentina. **Salud, Sexualidad y Sociedad – Revista Latinoamericana**. no 13, p. 009-042, 2013.

DONABEDIAN, Avedis. The assessment of need. In DONABEDIAN, Avedis (editor). **Aspects of Medical Care Administration**. Cambridge: Harvard University Press, p. 58-77, 1973.

DYE, Thomas R. **Understanding Public Policy**. EnglewoodCliffs, New York: Prentice-Hall. 1984.

FALBO, Rodrigo. **Impacto Redistributivo del Programa Remediar**. (Relatório Final). Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), Buenos Aires, 2003.

Family Care International. **Coalición de Insumos para la Salud Reproductiva. Medicamentos para la Salud Materna. Cómo Garantizar un acceso equitativo**. 2014 Disponível em <http://www.familycareintl.org/es/resources/publications/119> Acesso 28/04/2017.

FELITTI, Karina. Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. **Iconos. Revista de Ciencias Sociales**. Quito, n.35, pp. 55-66, 2009.

FELITTI, Karina. La “explosión demográfica” y la planificación familiar a debate. Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. **Rev. Escuela de Historia**. Salta, vol.7,no.2, jul./dez 2008.

FERREIRA SANTOS FARAH, Marta. Género y Políticas Públicas. **Estudios Feministas**, Florianópolis, 12 (3): 360, janeiro-abril/2004.

FLEURY, Sonia e OUVÉREY, Assis. Política de Saúde: uma política social. Em: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de e CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25 -55, 2008.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**. Seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FONTELA, Mariano. **Utilización del nombre genérico de los medicamentos** (Relatório final). Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS). Buenos Aires, s/d.

FRENK, Julio. The concept and measurement of accessibility. In WHITE, Kerr L. et al. (orgs). **Health Service Research: An Anthology**. Washington: Pan American Health Organization, p. 842-855, 1992.

FROST, Laura e REICH, Michael. Creating Access to Health Technologies in Poor Countries. **Health Affairs**, 28 no. 4, p. 962-973, 2009. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/962.full> Acesso 14/10/2017.

GARCIA DELGADO, Daniel. **La reforma del Estado en la Argentina: de la hiperinflación al desempleo estructural**. Documento presentado en el I Congreso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Rio de Janeiro, Brasil, del 7 al 9 de noviembre de 1996.

GIOVANELLA, Ligia; FEO, Oscar; FARIA, Mariana e TOBAR, Sebastián (orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidade**. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GODOY GARRAZA, Lucas. El acceso a los medicamentos esenciales y las políticas para garantizarlo. Notas del caso argentino. In: OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERDMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda e ESHER, Ângela. **Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel Del Estado**. Rio de Janeiro: NAF/FIOCRUZ, p.45, 2004.

GOGNA, Monica e ZAMBERLIN, Nina. Sexual and reproductive health in Argentina: public policy transitions in a context of crisis. **JILAS -Journal of Iberian and Latin American Research**, vol. 10, n. 2, p. 95-112, 2004.

HAFNER, Tamara; WALKOWIAK, Helena; LEE, David and ABOAGYE-NYAME, Francis. Defining pharmaceutical systems strengthening: concepts to enable measurement. **Health Policy and Planning**, vol. 32, n. 4, p. 572-584, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/4/572/2733252/Defining-pharmaceutical-systems-strengthening> Acesso 10/10/2017.

HASENCLEVER, Lia. (2004) **O mercado de medicamentos genéricos no Brasil**. Seminário Franco-Brasileiro “O Novo Direito da Propriedade Intelectual no Domínio da Saúde e dos Seres Vivos (implicações para o acesso aos tratamentos antiretrovirais)”. Brasília, 23-24 de Junho de 2004.

HASSALI, Mohamed Azmi; ALRASHEEDY, Alian; McLACHLAN, Andrew; NGUYEN, Tuan Ang; AL-TAMINI, Saleh Karamah; IBRAHIM, Mohamed e ALJADHEY, Hisham. The

experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: A review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use. **Saudi Pharmaceutical Journal**, vol. 22, n. 6, p. 491-503, 2014.

HAYDEN, Cori. Sem patente não há genérico: acesso farmacêutico e políticas de cópia. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 10, n.19, p. 62-91, jan/jun. 2008.

HEILBORN, Maria Luiza; PORTELLA, Ana Paula; BRANDÃO, Elaine Reis; DA SILVA CABRAL, Cristiane e Grupo CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, sup. 2, p. S269-S278, 2009.

HOMEDES, Nuria; UGALDE, Antonio e ROVIRA, Joan. The World Bank, Pharmaceutical Policies and Health Reforms. **International Journal of Health Services**, vol. 35, n. 4, p. 691-717, 2005. Disponível em: Acesso 14/10/2017.

IEPS. **Segundo Informe de Investigación: Medicamentos & Salud**. Instituto de estudios sobre políticas de salud. Argentina, 2009.

IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 20 anos da Constituição Federal. Número 17, Volume 1, 2009.

IPPF - International Planned Parenthood Federation. **Barómetro Latinoamericano sobre el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos**. Relatório Executivo. 2015. Disponível em: <https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Barometro-v2.pdf> Acesso 13/11/2017.

ISALUD. **Propiedad Intelectual y Medicamentos: el caso de la República Argentina** (1ª ed.). Secretaria de Ciencias y Tecnología. Departamento de Investigación. Buenos Aires: ISALUD. 2009

JANOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lucia e SILVA, Katia Silveira da. Direitos e Saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 75/76/77, p. 25-33, jan. /dez. 2007.

KANAVOS, Panos. Measuring performance in off-patent drug markets: A methodological framework and empirical evidence from twelve EU Member States. **Health Policy**, vol. 118, n. 2, p. 229-241, novembro 2014.

KESSLER, Gabriel. **Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2014.

KING, Derek; KANAVOS, Panos. Encouraging the use of generic medicines: implications for transition economies. **Croatian Medical Journal**, 43 (4): p. 462-9, agosto 2002.

LAURELL, Ana Cristina. **Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos**. Conferencia “Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos”. Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (ISAGS) em 21 de fevereiro de 2013.

LAURELL, Assa Cristina. **Dos Décadas de reformas de salud: una evaluación crítica.** Conferencia Inaugural do 7 Congreso Internacional de Salud Pública Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 2011.

LEMA SPINELLI, Sebastián. Acceso a los medicamentos: las patentes y los medicamentos genéricos. Las consecuencias de considerar al medicamento como un bien de mercado y no social. **Revista de bioética y derecho**, no 34, p. 81-89, 2015.

LERIDON, Henri e TOULEMON, Laurent. La régulation des naissances se généralise. **Les Dossiers du Centre français sur la population et le développement – CEPED**, n. 41, p.10-14, junho 1996.

LIFSCHITZ, Esteban; MARTICH, Evangelina; TOBAR, Sebastian e WATMAN, Ricardo. **Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: lecciones aprendidas en países de América Latina y Europa.** Buenos Aires,: Ed. Fundación Sanatorio Guemes. 2017.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa e GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de e CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 107-140, 2008.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, MARTICH, Evangelina e D'AVILLA, Ingrid. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 40, no.108, p. 74-85, Jan./Mar 2016.

LYNN, Laurence. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis.** Santa Monica: Goodyear Publishing Company. 1980

MACEIRA, Daniel. **Dimensiones Horizontales y Verticales en sistemas de Aseguramiento social y en salud de América Latina y el Caribe.** Ediciones Especiales. Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/documents/dimensioneshorizontalyverticalenelaseguramientosocialesaluddeamericalatinayelca-ES.pdf> Acesso 12/02/2018.

MACHADO DOS SANTOS, Silvio César. **Busca de equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição “extrapreço”.** 201f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

MALLIACI, Fortunato. **Catolicismo, Religião y Política. Especiales. Las relaciones entre la Iglesia Católica y el actual gobierno de Kirchner.** Página 12. 26 de marzo de 2005. Disponível em: <https://www.pagina12.com.ar/diario/especiales/18-48932-2005-03-26.html> Acesso 11/04/ 2017.

MARMOR, Ted e WENDT, Claus. Conceptual Framework for comparing healthcare politics and policy. **Health Policy**, n. 107 (1), p 11-20, 2012.

MARTICH, Evangelina. **La producción pública de medicamentos en Argentina.** Observatorio Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. 2014. Disponível em:

<http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2014/07/Art-Produccion-p%C3%BAblica-de-Medicamentos-Arg-Junio-2014-1-1.pdf>. Acesso 13/10/2017.

MARTICH, Evangelina. **A política de medicamentos genéricos e o mercado farmacêutico na Argentina e no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icict/2285/2/0000086.pdf>

MARTIN, Antonieta. **La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe**. Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 16, n. 6, p. 424-431., 2004

MATTAR, L.D Os Direitos Reprodutivos das Mulheres. In **Manual dos Direitos das Mulheres**. São Paulo: Saraiva, p. 54-80, 2013. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/ilp/anexos/1160/YY2013MM6DD4HH10MM35SS5-Mattar_Direitos%20reprodutivos%20das%20mulheres.pdf

MATTOZO ROVER Marina Rajjche; VARGAS-PELÁEZ, Claudia Marcela; ROCHA FARIAS, Mareni e LEITE, Silvana Nair. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêutico sobre o componente especializado da assistência farmacêutica. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 26 (2), p. 691-711, 2016.

MEDINA, Arnaldo e NARODOWSKI, Patricio. **Estado, integración y salud**. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi, 2015.

MENDES DA SILVA, Rondineli; CAETANO, Rosangela. Programa Farmácia Popular do Brasil: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 20, n.10, p. 2943-2956, out. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENY, Ives e THOENIG, Jean-Claude. La dimensión comparativa de las políticas públicas. In: MENY, Ives e THOENIG, Jean-Claude. **Las Políticas Públicas**. Primeira edição, Barcelona: Ariel Ciências Política, p. 223-244, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (organizadores). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 201-230, 2006.

MODOLON ALANO, Graziela; NUNES COSTA, Laise; RIGUETO MIRANDA, Luziane e GALATO, Dayani. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. **Ciencia e Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 9, p. 2397-2404, 2012.

MONTEIRO DE ANDRADE, Luiz Odorico; RODRIGUES BEZERRA, Roberto Cláudio e DE HOLANDA CUNHA BARRETO, Ivana Cristina. O programa Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública-RAP**, vol.39, n. 2, p.327-348, mar-abril 2005.

MORENO FUENTES, Francisco Javier. Políticas sanitarias em perspectiva comparada. Descentralización, mercados y nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario. In DEL PINO

MATUTE, Eloísa e RUBIO LARA, María Josefa (diretoras). **Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada**. Madrid: Tecnos, 2013.

MORGENSTERN, Martin. **Perfil Descriptivo del Sistema de Salud de la República Argentina. Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados-Parte del MERCOSUR**. Montevideo: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2012.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, p. 961-970, 2007.

MSAL – Ministério da Saúde da República Argentina. **Evaluación de Resultados en Salud. Estudio Comparado de 5 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay**. Relatório de Consultoria elaborado por Martich, E. e Marcaccio, A., a pedido da Chefia de Gabinete. Junho de 2013. Mimeo.

MSAL – Ministério da Saúde da República Argentina. **Consejerías en Salud Sexual y salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación**. Documento de Trabajo. Argentina. Septiembre, 2010.

MSAL-REMEDIAR. **Informe técnico**. Buenos Aires, Argentina, 2015, *mimeo*.

NORONHA, José Carvalho; DIAS DE LIMA, Luciana; VIEIRA MACHADO, Cristiani. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de e CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 979-1009, 2008.

NOVICK, Susana. **La posición argentina en las tres Conferencias Mundiales de Población**. Documento de Trabajo No. 11. Instituto de Investigación Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (UBA) Argentina. 1999.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; LABRA, Maria Eliana e BERMUDEZ, Jorge. A produção publica de medicamentos o Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

OMS. **Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas**. 132.a Sessão do Comité Ejecutivo. Ponto 4.11 da ordem do dia provisional CE132/19. Washington, D.C, EUA, 23-27 de junho de 2003.

OMS. *World Health Report*. **Atenção Primária da Saúde – agora mais do que nunca**. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf> Acesso 08/05/2018.

OMS/OPS. **Indicador para evaluar la protección social de la salud** (caso de Chile). Fondo Nacional de Salud. 2009.

ORELLANA LÓPEZ, Dania; SANCHEZ GÓMEZ, Maria Cruz. Técnicas de Recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. **Revista de Investigación Educativa**, vol. 24, n. 1, p. 205-222, 2006.

ORTEGA GÓMEZ, Marta. El derecho de acceso a los medicamentos y el derecho de patente en países en desarrollo. **Revista de bioética y derecho**, n. 37, p. 23-36, 2016.

OSIS DUARTE, Maria José. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 14, p. S25-S32, 1998.

OSZLAK, Oscar e O'DONNELL, Guillermo. **Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación**. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO/Nº4, 1981.

PAHO. **Health systems and social protection in health**. Overview. Washington.DC: PAHO, 2012.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, n. 377, p. 11–31, 2011

PANTELIDES, Edith Alejandra. **La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo**. Centro de Estudios de Población. Cuadernos del CENEP No. 29. Buenos Aires, Argentina. 1983. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/256496409_La_transicion_demografica_argentina_un_modelo_no_ortodoxo Acesso 21/02/2018

PAPANICOLAS, Irene e SMITH, Peter C. **Health system performance comparison. An agenda for policy information and research**. Berkshire: Open University Press, 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf. Acesso 20/06/2017.

PAUL, Mandira, et al. Healthcare providers balancing norms and practice: challenges and opportunities in providing contraceptive counselling to young people in Uganda – a qualitative study. **Global Health Action**, vol. 9, n. 1, 33194, 2016. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v9.30283> . Acesso 12/02/2018.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de história**, São Paulo, vol. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PENCHANSKY, Roy e THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, vol. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981.

PEREIRA VONK, Angélica Cristina Rosa; BONAN, Claudia; SILVEIRA DA SILVA, Kátia. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em municípios do interior de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 6, p. 1795-1807, 2013.

PERPETUO, Ignez e RODRIGUEZ WONG, Laura. **Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006**. Trabalho apresentado no XVIII Congresso Mundial e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia -EPI2008- Painel “PNDS-2006: Saúde e Reprodução”. Porto Alegre, 23 de setembro de 2008. Disponível em: http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS_23_09_PDF/Ignez%20Helena%20Oliveira%20Perpetuo.pdf Acesso 25/04/2017.

PETERS David; GARG Anu; BLOOM, Gerry; WALKER, Damian; BRIEGER, William; RAHMAN, M. Hafizur. Poverty and Access to Health in Developing Countries. **Annals of the New York Academy of Sciences**, vol. 1136, no 1, p. 161-171, 2008. Disponível em:

<http://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/hub/issue/10.1196/nyas.2008.1136.issue-1/> Acesso 08/10/2017.

PETERS, B. Guy. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PETERS, Guy. **La política de la Burocracia**. Ciudad de México: Editorial Fondo Cultura Económica. 1999.

PETRACCI, Monica; RAMOS, Silvina; SZULIK, Dalia. A Strategic Assessment of the Reproductive Health and Responsible Parenthood Programme of Buenos Aires, Argentina. *Reproductive Health Matters*, vol. 13, n. 25, p. 60-71, 2005.

PETRACCI, Monica e PECHENY, Mario. Panorama de Derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. **Argumentos. Revista de crítica social**, n. 11, p. 1-25, 2009.

PLISCOFF, Cristian e MONJE, Pablo. **Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública**. Em VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Trabalho Completo. Panamá, 2003.

POLICARPO, João R. e CAVALCANTI FILHO, Paulo Fernando. Indústria farmacêutica: a evolução recente no Brasil e o caso de Pernambuco. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, vol. 1, n. 1, 2007.

ROBERT, Marc J. e REICH, Michael R. **Pharmaceutical Reform. A Guide to Improving Performance and Equity**. Washington, DC: The World Bank. 2011. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2353/646660PUB0Phar00Box361543B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso 10/10/2017.

ROCHA FARIAS, Mareni et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 50, n. 2, 2016.

RODRIGUEZ DE MEDEIRO, Thalyta Francisca et al. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 37, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160257350.pdf> Acesso 08/10/2017.

ROMERO, Mariana; CHAPMAN, Evelina; RAMOS, Silvina e ABALOS, Edgardo. **La situación de la mortalidad materna en la Argentina**. Hoja Informativa OSSyR. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ANM. Abril 2010. Disponível em: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf

ROVIRA, Joan. **Referenciación internacional: Políticas de precios en la Unión Europea**. Foro Política Farmacéutica Nacional, organizado por Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Bogotá, Colômbia. 15 e 16 de setembro de 2011. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PRESENTACI%C3%93N%20-Joan%20Rovira.pdf> Acesso 19/02/2018.

SANTOS TAVARES Amanda; ANDRADE Marilda; LIMA DA SILVA, Jorge Luiz. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, vol.5, n.1 p. 30-32, 2009.

SARTORI, Giovanni. Comparación y Método Comparativo. In: SARTORI, Giovanni e MORLINO, Leonardo (comp.) **La comparación en las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial, p. 29-49. 1994.

SCAVONE, Lucila. **Direitos Reprodutivos, Políticas de Saúde e Gênero**. Trabalho apresentado no GT Família e Sociedade da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais), outubro de 1999.

SEITER, Andreas. **A Practical Approach to Pharmaceutical Policy**. Washington DC: The World Bank, 2010.

SENN, Mônica de Castro Maia e COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SFAIR, Sara Caram; BITTAR, Marisa; LOPES, Roseli Esquerdo. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 24, n.2, p. 620 – 632, 2015.

SHEIKH, Kabir; GILSON, Lucy; AGYEPONG, Irene Akua, HANSON, Kara, SSENGOOBA, Freddie; BENNETT, Sara. Building the field of health policy and systems research: framing the questions. **PLoS Medicines**, vol. 8, n. 8, p. e1001073, 2011.

SILVA, Denise Quaresma e GUERRA, Oscar Ulloa. Educación sexual: estudio comparativo entre escuelas en Brasil y en Cuba. **Cadernos de Pesquisa**, vol. 43, n. 148, p. 280-301, 2013.

SMITH, Peter C; ANELL, Anders; BUSSE, Reinhard; CRIVELLI, Luca; HEALY, Judith; LINDAHL, Anne Karin; WESTERT, Gert e KENE, Tobechukwu. Leadership and governance in seven developed health systems. **Health Policy**, vol. 106, n. 1, p.37-49, 2012.

SORDINI, María Victoria. Una revisión sobre los programas alimentarios nacionales aplicados a comedores escolares y comunitarios desde los años ochenta en Argentina. **De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales**, vol. 3, n. 3, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ces-unne/20150302020340/Sordini.pdf> Acesso 29/03/2017

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, vol. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA RAMALHO; Katiane, DA SILVA, Silvanei de Tenório; DE LIMA, Silvania Maria; ARAUJO SANTOS, Marlí. Políticas de Saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fita**. Maceió, vol. 1, n.1, p.11-22, nov. 2012.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

STARFIELD, Bárbara. Acessibilidade e primeiro contato: a ‘porta’. Em STARFIELD, Bárbara (org.) **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, p.207-245, 2002.

SUBIRATS, Joan. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 1989.

SZULIK, Dalia et al. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. **Salud Pública de México**, vol. 50, n.1, p. 32-39, jan-fev 2008.

TOBAR, Federico; DRAKE, Ignacio e MARTICH, E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 32, p. 457-63, 2012.

TOBAR, Federico. Avances y desafíos en la construcción del acceso a los medicamentos en Argentina. In FAUR, Eleonor. **Repensar la Inclusión Social: políticas públicas y sociedad civil en Argentina (1991-2016)** Buenos Aires: Edit. Fundación Tzedaká Argentina, 2016.

TOBAR, Federico. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. **Salud Publica Mexico**, vol. 50, sup. 4, p. S463-S469, 2008.

TOBAR, Federico. Mercado de medicamentos en América Latina: mitos y realidades. **Boletín Fármacos**, vol. 9, n. 5, 2006.

TOBAR, Federico. **Reforma y Medicamentos para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina**. Foro Internacional de Gestión de Fármacos y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina. Santo Domingo, dezembro de 2009.

TORRES, Rubén. **Política Sanitaria en el país de los argentinos. Reflexiones para el día después**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Uno, 2015.

TRANCHES DE MELO, Daniela. **A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Sociais. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. (2013) Disponível em: http://www.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2017/06/Tese_Daniela-Tranches-de-Melo.pdf Acesso 19/02/2018.

TRAVASSOS, Claudia e MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez e SOARES, Isabela. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

UGALDE, Antonio e HOMEDES, Nuria. América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. **Salud Colectiva**, vol. 3, n. 1, p. 33-48, Janeiro – Abril, 2007.

UNFPA. **Precio de Anticonceptivos en América Latina**. Relatório Técnico elaborado por Ignacio Drake e Federico Tobar para o Fundo da População das Nações Unidas. Abril de 2016. Disponível em: <http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Precios%20anticonceptivos%20en%20America%20Latina.pdf> Acesso 12/10/2017.

UNFPA. **Fecundidad y Maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común.** Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO), 2016.

UNFPA. **Disponibilidad de Medicamentos e Insumos de Salud Sexual y su contribución sobre indicadores de Salud Reproductiva. Argentina (2008-2012).** Relatório no. 1, elaborado por Anabel Fernández. Argentina: UNFPA, 2014.

UNFPA. **Latin America and Caribbean FactSheet.** Em SINGH, Susheela; DARROCH, Jacqueline E. e ASHFORD, Lori S. **Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014.** New York: Guttmacher Institute, 2014. Disponível em: <http://www.unfpa.org/resources/adding-it-2014-latin-america-and-caribbean-fact-sheet>
Acesso 20/02/2018

UNFPA. **State of World Population.** New York, NY: UNFPA, 2013.

VAN TEIJLINGEN, Edwin; BENOIT, Cecilia; BOURGEOULT, Ivy; DEVRIES, Raymond; SANDALL, Jane e WREDE, Sirpa. Learning from health care in other countries: the prospect of comparative research. **Health Prospect: Journal of Public Health**, vol. 14, n. 1, p. 8-12, julho 2015.

VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de; COSTA CHAVES, Gabriela; BOTELHO ACEVEDO, Thiago e MENDES DA SILVA, Rondineli. National Medicines Policy in retrospective a review of (almost) 20 years of implementation. **Ciencia & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017.

VASSALLO, Carlos e FALBO, Rodrigo. Estructura de la oferta y política de medicamentos. In VASSALLO, Carlos e FALBO, Rodrigo. **Política de Medicamentos en la Argentina.** (Relatório Final) Buenos Aires: Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS). 2007.

VELAZQUEZ, German. El papel del Estado en el financiamiento de los medicamentos. In OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERDMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda e ESHER, Ângela. **Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel Del Estado.** Rio de Janeiro: NAF/FIOCRUZ, p.45, 2004.

VELAZQUEZ, Germán; TOBAR, Federico; VARGAS, Jorge Enrique e ZERDA, Álvaro. **Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala.** Panamerican Health Organization – PAHO, 2001.

VERA LUCIA, Luiza e BERMÚDEZ, Jorge Antonio Zepeda. Acesso a Medicamentos: conceitos e polêmicas. In OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERDMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda e ESHER, Ângela. **Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel Del Estado.** Rio de Janeiro: NAF/FIOCRUZ, 2004.

VIEIRA, Elizabeth Meloni; FÁBIO, Suzi Volpato; GUELERI, Wagner; PICADO, Miriam Pinheiro; YOSHINAGA, Elizabeth e SOUZA Luiz de. Características dos candidatos á esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n. 6, p. 1785-1791, 2005.

VIEIRA, S. Fabiola. A Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

WHO. **How to develop and implement a national drug policy**. WHO Policy Perspectives on Medicine. Genebra: WHO, janeiro 2003.

ZAMBERLIN, Nina. Las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estudio de caso: el centro de promoción del joven. **Cuadernos de CLASPO – Argentina**, no. 10, março 2006. Disponível em: <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/05/Cuadernos-CLASPO-N%C2%BA-101.pdf> Acesso em 10/04/2017.