

Acesso aos medicamentos nos serviços públicos de saúde no Brasil: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula^I; Auta Iselina Stephan de Souza^{II}; Rita de Cássia Padula Alves Vieira^{III}; Terezinha Noemides Pires Alves^{IV}.

^I Farmacêutica, doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

^{II} Assistente social, professora na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

^{III} Farmacêutica, professora na Faculdade de Farmácia e Bioquímica da UFJF, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ.

^{IV} Farmacêutica, professora no Departamento de Bioquímica do Instituto de Ciências Biológicas da UFJF, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ.

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula.

Endereço: Oscar Vidal 565 – Centro – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil. Cep: 36016290. Endereço eletrônico: pabpaula@ig.com.br

Palavras-chave: Acesso aos medicamentos; Serviços públicos de saúde; Direito social; Direito à saúde.

Resumo

A Constituição Federal brasileira (1988) preconizou o direito à saúde, universal e igualitário, requerendo do Estado a efetivação desse direito. O estudo discute acesso aos medicamentos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAP), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, enquanto direito social. Através da pesquisa qualitativa, compreendeu-se a percepção dos pacientes diabéticos e hipertensos sobre seus direitos em relação ao acesso. A maioria desses pacientes não se considera portador de direitos. No Brasil, o acesso aos medicamentos é um privilégio, estando distante de ser efetivado no cotidiano das UAP.

Palabras-clave: Acceso a los medicamentos; Servicios públicos de salud; Derecho social; Derecho a la salud.

Resume

La Constitución de la República Federativa de Brasil (1988) preconizó el derecho a la salud, universal e igualitario, requiriendo que el Estado lo haga efectivo. El estudio analiza el acceso a los medicamentos en las *Unidades de Atención Primária à Saúde* (UAP), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, como un derecho social. A través de la investigación cualitativa se comprendió la percepción que tienen los pacientes diabéticos e hipertensos acerca de sus derechos en lo que toca al acceso a los medicamentos. La mayoría de estos pacientes no se considera portador de derechos. En Brasil el acceso a los medicamentos es un privilegio y está lejos de efectuarse en el cotidiano de las UAP.

Introdução

O presente trabalho enfatiza a questão do acesso aos medicamentos no serviço público de saúde brasileiro, visto como direito social assegurado na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) do país. Para tanto, abordar-se-á o processo de medicalização vivenciado pela sociedade brasileira contemporânea, bem como, a política nacional de medicamentos e seus entraves. Também irá se buscar a apreensão da categoria acesso aos medicamentos, a partir das dimensões do acesso aos serviços de saúde. Todas estas categorias consideradas indissociáveis na busca pelo acesso universal e equânime aos medicamentos. O direito à saúde, um dos direitos humanos fundamentais, foi efetivamente reconhecido com o surgimento do Estado de Bem Estar Social nos países centrais, manifestando o caráter coletivo que as relações sociais foram assumindo na sociedade contemporânea. No Brasil, a Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS, representou um avanço para o campo da saúde brasileira, pois através do SUS, os usuários dos serviços públicos de saúde passaram a ser reconhecidos como sujeitos portadores de direitos. Todavia, na contemporaneidade, a política neoliberal ao preconizar a cidadania como algo legitimado e vinculado ao direito mínimo, aponta para a satisfação mínima das necessidades básicas da população, em detrimento do caráter coletivo das relações sociais. No campo da saúde, tal processo pode ser evidenciado pela medicalização e pelo acesso desigual aos serviços de saúde e aos medicamentos, entraves à consolidação do SUS. Nesse contexto, o acesso aos medicamentos no Brasil, constitui um dos componentes para se fazer valer o direito à saúde assegurado na constituição do sistema de saúde brasileiro. Logo, acredita-se que o entendimento da categoria “acesso aos medicamentos” propiciará compreender o usuário como um cidadão portador de direitos e não como um simples cliente dos serviços de saúde.

Referencial teórico

A legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, concebido na Constituição Federal de 1988, representou um avanço no campo da saúde desse país. A partir desse período, os usuários dos serviços públicos de saúde passaram a ser reconhecidos como sujeitos portadores de direitos. Anteriormente a esse período, o acesso à saúde ocorria por meio da benesse, compreendida como a oferta de atendimento "gratuito" à população necessitada nos serviços públicos de saúde, e também através de relações contratuais, isto é, por meio da contribuição à previdência social. Denomina¹ este processo de “cidadania regulada”. Essa situação de destituição de direito propiciava a cidadania incompleta – nos dizeres de², uma "cidadania de baixa intensidade" –, condição em que os indivíduos encontram-se subjugados em uma sociedade na qual não conseguem se expressar como sujeitos sociais. Como afirma³, a discussão dos direitos sociais emerge das contradições vivenciadas pelo mundo contemporâneo. Na sociedade e na área da saúde brasileira, essas contradições se manifestam de várias maneiras. De um lado, observam-se enormes discrepâncias de natureza socioeconômica, que se traduzem, entre outras vias, através da obtenção de privilégios, intensificando desigualdades com reflexos claros na aquisição dos medicamentos essenciais para a manutenção da saúde. De outro lado, tem-se a inclusão que se realiza pelo consumo, estímulo à competitividade e ao individualismo nas relações sociais em detrimento do coletivo, proporcionando à população uma situação de desvalia, de não proteção e de não reconhecimento do direito a ter direitos, como acontece no âmbito da distribuição dos medicamentos.

Nessa perspectiva, a competência do Estado, estabelecida constitucionalmente, de garantir o acesso universal aos bens e serviços públicos transforma-se em atendimento mínimo ante as necessidades básicas vivenciadas pela população.

Logo, a discussão do acesso aos medicamentos nos serviços públicos do Brasil, como direito social, envolve uma série de fatores intrínsecos que podem vir a comprometer a materialização do direito à saúde. Dentre esses fatores, cita-se o não acesso a um atendimento médico-assistencial, incluindo o acesso aos medicamentos, e o processo de "medicalização" que a sociedade brasileira vem vivenciando na contemporaneidade.

Entende⁴ o processo de medicalização como sendo a invasão da medicina e do aparato tecnológico na vida das pessoas, ao longo do tempo. Essa situação tende ao agravamento devido ao modelo biomédico, que propõe uma visão mecânica do corpo humano. Segundo esse modelo, o corpo é visto como um somatório de partes, sugerindo que a interpretação da doença seja apenas baseada na correlação de causa-efeito, sem, muitas vezes, levar em consideração os fatores políticos, econômicos, sociais e culturais inerentes ao processo de adoecimento.

Assim, a medicalização ao estimular o uso exagerado de novas tecnologias, principalmente em relação à produção e ao consumo de medicamentos, transforma a saúde em mercadoria passível de ser consumida pela população.

No Brasil, os usuários do serviço público de saúde são vistos como potenciais consumidores de bens e serviços de saúde, e não como cidadãos portadores de direitos. Tal fato contribui para que a efetivação do direito à saúde, como direito social alicerçado na igualdade, torne-se ameaçada – isto é, o direito passa a ser interpretado tomando com base critérios de exclusão, propiciando a reposição de privilégios e comprometendo a consolidação do SUS. O acesso aos medicamentos também se insere nesse contexto. Segundo⁵, a situação mundial, no tocante ao acesso aos medicamentos essenciais, mostra que 1,7 bilhão de pessoas não têm acesso regular a esses insumos, sendo que 80% delas residem nos países pobres.

Na sociedade brasileira, apesar do acesso aos medicamentos estar assegurado como direito social, a maioria da população do país permanece privada desse acesso no cotidiano dos serviços de saúde.

Diante de tal situação, quem não tem condições para comprar os medicamentos fica sujeito à sua distribuição pouco equitativa, o que pode gerar uma condição de exclusão dos bens e serviços de saúde. Nesse cenário, o acesso, assegurado como direito, transforma-se em troca de favores, em escolhas trágicas, ou seja, em escolhas subjetivas e sem critérios explicáveis, atendendo somente uma parcela dos usuários. “Embora o acesso à saúde seja um direito fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, estima-se que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a esses medicamentos”⁶.

Assim, a apreensão do acesso aos medicamentos deve levar em consideração o cenário sócio-econômico e político em que se encontram os serviços de saúde. Esse cenário envolve, em muitos casos, a participação de atores sociais com posições conflitantes, uma vez que os medicamentos tanto podem ser usados para atender à lógica de mercado, como também podem ser utilizados a favor de uma coletividade.

Segundo⁷, para o usuário, ter acesso aos medicamentos essenciais significa que estes podem ser obtidos dentro de uma distância de deslocamento razoável (acesso geográfico) e com facilidade nos serviços de saúde (acesso físico) e com preços mais baixos (acesso econômico).

Conforme⁸, o acesso aos medicamentos baseia-se na “[...] a relação entre a necessidade de medicamentos e sua oferta, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente/ consumidor, com a garantia de qualidade e de informação suficientes para o seu uso adequado”.

Logo, no Brasil, a discussão sobre o acesso aos medicamentos sob o enfoque dos direitos sociais centra-se no pressuposto de que as diretrizes do SUS estão legitimadas como

política de Estado, mas não se encontram completamente materializadas no interior da sociedade brasileira.

Segundo⁹, “[...] os medicamentos têm um papel social significativo, em que eles são parte integrante da realização do direito fundamental humano – o direito à saúde”. Percebe-se que o acesso aos medicamentos somente poderá ser obtido através das tentativas de equacionar a equidade social e a justiça social. Conforme¹⁰

[...] a equidade do acesso significa que os medicamentos essenciais são passíveis de serem adquiridos (ou pagos) e estariam para a população inteira. No mercado livre o acesso poderá ser fundamentado na capacidade das pessoas e na boa vontade em pagar os medicamentos, não nas suas necessidades por eles [...].

Segundo¹¹, “[...] a falta do acesso aos medicamentos essenciais ou vacinas por causa de razões econômicas, levanta novas questões em relação aos direitos humanos em um mundo que permanece dividido entre países ricos, países em desenvolvimento, e o resto do mundo [...]”. Estes autores afirmam que “o acesso aos medicamentos essenciais é um direito básico humano frequentemente negado às pessoas em países pobres [...]”¹¹

Portanto, compreende-se que, para assegurar efetivamente o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e à assistência farmacêutica no Brasil, é preciso que esse acesso seja apreendido sob o enfoque dos direitos sociais e não sob a perspectiva da política neoliberal vigente na sociedade brasileira.

Na expressão¹²:

[...] o princípio fundamental que deve nortear o setor de saúde, aí incluída a assistência farmacêutica, é o direito de todas as pessoas. A equidade na saúde é um direito de todos os cidadãos e está na Constituição. Os ajustes econômicos têm sido priorizados sobre as necessidades da população, entre elas a equidade e o acesso a medicamentos. Portanto, aumentar esse acesso é essencial para se obter melhores resultados no setor de saúde.

Entretanto, para que ocorra uma assistência farmacêutica efetiva de acordo com os princípios e com as diretrizes do SUS, é necessário que os usuários deste sistema, tenham o acesso aos medicamentos materializados e não somente legitimados.

Afirma¹³:

[...] é claro que, no Brasil, os extensos contingentes depauperados e os usuários do sistema público de saúde devem receber gratuitamente os medicamentos, condição *sine qua non* de assistência farmacêutica integral prevista no Sistema Único de Saúde.

No Brasil contemporâneo, está ocorrendo uma inversão na interpretação do direito à saúde, universal e equânime, devido às políticas neoliberais, com tendências a ajustes estruturais, que estão influenciando a concepção do acesso à saúde e aos medicamentos.

Percebe-se, claramente, a contraposição entre duas concepções de saúde. De um lado, apresenta-se a concepção de saúde como um direito social. E como tal origina a defesa de sistemas de seguridade social orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e solidariedade, com vistas em prover os devidos cuidados de saúde. Inclui-se aí a assistência farmacêutica, a todas as pessoas, em razão de suas necessidades, independentemente das condições sociais, econômicas, de emprego ou de localidade geográfica.

De outro lado, apresenta-se uma concepção de saúde objetiva e expropriada de sua

condição humana natural, por meio de lento processo habitual, para ser apenas recuperada ou recuperável num mercado de bens de consumo (o fármaco é um deles), e, como tal, jamais sujeita de realizar-se plenamente ante os característicos da sociedade de consumo moderna¹⁴.

Nesse contexto, a igualdade passa a ser vinculada à busca do mínimo de acesso, e desaparece a noção igualdade enquanto justiça social. Também ocorre uma isenção da participação do Estado na garantia efetiva dos direitos, o que o torna um Estado de direito mínimo. Nessa perspectiva, entende-se que, apesar do direito à saúde ser reconhecido na década de 80, ele ainda não se encontra completamente materializado no interior da sociedade brasileira.

Segundo¹⁵, “afirmou-se constitucionalmente o direito de todos ao acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde, fórmula que revela a recepção da justiça social. Necessita-se, entretanto, de meios materiais para que todos possam efetivar seu direito à saúde”.

Entende-se que o direito à saúde como uma questão de cidadania plena poderá ser materializado no interior da sociedade brasileira, somente através de uma política social orientada pelos critérios da universalidade e da equidade, que almeje a coesão social, através de ações do Estado no setor específico da saúde.

Segundo¹⁶, “[...] o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político”.

Nessa perspectiva, compreende-se que para assegurar a população brasileira o acesso à saúde e conseqüentemente, aos medicamentos e à assistência farmacêutica como uma questão de direitos e de justiça social é indispensável a presença do Estado, como agente formulador e financiador da política pública de saúde articulado com a sociedade civil, deixando este de ser mínimo e paternalista. “[...] o Estado deve assegurar quatro questões essenciais para garantir este acesso: implantar uma política nacional de medicamentos, assegurar padrões profissionais para a sua utilização, garantir a disponibilização dos medicamentos essenciais e implantar políticas voltadas para o uso racional”⁸.

Portanto, a reflexão sobre o acesso aos medicamentos é uma categoria central e indispensável à política de saúde brasileira, principalmente à política nacional de medicamentos. Esse entendimento propicia a ampliação do conceito de saúde, através da compreensão da área de saúde como um espaço, onde a cidadania possa ser alcançada de forma plena, focalizando o cidadão, como sujeito social, portador de direitos e elemento central das políticas sociais.

Justificativa

Esse estudo é justificado pelo fato de que, no Brasil o acesso aos medicamentos no serviço público de saúde é influenciado por uma cultura de troca de favores, de manipulação política, de exercício de poder e de clientelismo por parte de alguns gestores de saúde presentes na sociedade em oposição à cultura de direito social.

Ademais, na sociedade brasileira, os problemas assinalados com respeito ao acesso aos medicamentos, são significativamente importantes, em especial quando se leva em consideração a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Essas doenças foram doenças motivadoras do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (PRAHADM), criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS). Este plano tem como finalidade principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários da rede básica do Sistema Único de Saúde. Esse acompanhamento é

realizado por meio de um sistema de cadastro informatizado disponibilizado pelo Datasus, denominado Sistema de Informação da Hipertensão e Diabetes (SIS-Hiperdia). Esse cadastro possibilita a estimativa do acesso aos serviços de saúde, bem como, fornece informações que auxiliam a gerência e a gestão da Assistência Farmacêutica, entre outros objetivos¹⁷.

O foco nessas doenças deve-se ao perfil da morbimortalidade ocupado por elas em nível mundial e no Brasil. De acordo com a estimativa do Ministério da Saúde, em 2006, no Brasil, dos 16,8 milhões de brasileiros que sofriam de hipertensão arterial, somente 7,7 milhões estavam cadastrados no SUS. Em relação ao diabetes, de aproximadamente 5 milhões de portadores da doença, apenas 2,6 milhões eram pacientes do sistema⁵. Essas doenças conduzem a altas taxas de óbitos, de internações e de aposentadorias precoces, podendo gerar outras complicações como complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. No país, a hipertensão arterial e o diabetes constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde¹⁷.

Essas doenças apresentam elevado custo médico-social, e no Brasil, o acesso aos medicamentos para tratar essas doenças, muitas vezes, fica comprometido, pois apesar de estar garantido constitucionalmente, nem todos os pacientes têm esse acesso viabilizado.

Esse estudo pretende ir ao encontro dessas questões ao abordar o acesso aos medicamentos a partir da percepção dos usuários de um programa de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Nessa perspectiva, torna-se de suma importância a compreensão do acesso aos medicamentos como direito social, na sociedade brasileira. Essa compreensão deverá ser focalizada no usuário do serviço público de saúde - cidadão portador de direitos-.

Hiperdia

No Brasil, esse cadastro fornece as informações necessárias para a aquisição, a dispensação e a distribuição dos medicamentos usados no tratamento da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus* de modo regular e sistemático aos usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAP). Como parte dele, foi criado em 2002 o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e o *Diabetes Mellitus*, que tratava da organização, assistência, prevenção, promoção à saúde, vinculação dos usuários à rede básica de saúde do SUS, bem como da implementação de programas de educação permanente para essas doenças e para os demais fatores de risco para a DCV.

Um dos objetivos desse programa consiste no repasse dos medicamentos aos portadores de hipertensão arterial e de *diabetes mellitus*. Alguns dos medicamentos utilizados para o tratamento dessas doenças são distribuídos pelo SUS, entre eles: Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Cloridrato de Propranolol 40 mg (anti-hipertensivos); Insulina NPH-100, Glibenclamida 5 mg e Metformina 850 mg (hipoglicemiantes).

O processo de aquisição e de envio desses insumos para as UPA é baseado na estimativa das doenças, bem como no esquema terapêutico proposto. O financiamento desse programa baseia-se no repasse fundo a fundo dos recursos financeiros somados ao Piso de Atenção Básica (PAB), pós-pactuação tripartite, feita pelo gestor municipal. Também pode ocorrer o envio de medicamentos, por meio do programa do governo federal Farmácia Popular, às áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família.

No município de Juiz de Fora, Minas Gerais, a implantação do Hiperdia ocorreu em março de 2003, estando vinculado ao Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, do *Diabetes Mellitus* e da Obesidade (SCHDO), da Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e de Desenvolvimento Ambiental (SSSDA). Para receber os medicamentos nas UPA, os pacientes deveriam estar cadastrados no SISHyperdia¹⁸. Entretanto, nesse município, a

provisão dos medicamentos torna-se dificultada por vários fatores, dentre eles cita-se: a demora no prazo de entrega pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), ocasionando dificuldades na obtenção de medicamentos essenciais.

Objetivos:

- Objetivo Geral:

- Analisar o acesso aos medicamentos nos serviços públicos de saúde no Brasil, fundamentado no conceito de universalidade, o que significa a extensão do acesso a toda a população.

- Objetivo Específico:

- Compreender de que modo ocorre o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de Juiz de Fora - MG, sob o enfoque dos direitos sociais.

Metodologia

A presente pesquisa utilizou a investigação qualitativa. Essa escolha ocorreu devido à preocupação de se estabelecer um contato direto com os usuários e funcionários das UPA no dia-a-dia, a fim de encontrar as respostas para as questões colocadas, privilegiando a interação entre os sujeitos a serem pesquisados e o pesquisador. Desse modo, estabeleceu-se um processo dialógico e reflexivo com base na intersubjetividade.

Como afirmam¹⁹, a 'Investigação Qualitativa' é um tipo de abordagem cuja metodologia de investigação tem ênfase na descrição, na indução e nos estudos das percepções pessoais. Por não trabalhar com variáveis, com hipóteses previamente definidas a serem testadas e com dados passíveis de serem quantificados, a pesquisa qualitativa busca a construção de interpretações dos fenômenos sociais, partindo do olhar dos sujeitos envolvidos na investigação.

Na pesquisa qualitativa, os 'dados' adquirem um significado central a partir da interpretação, ou seja, não interessa nesse tipo de abordagem a quantidade dos 'dados' obtidos, mas sim a qualidade destes. Nesse sentido, foram realizados grupos focais com os usuários das UAP de Juiz de Fora – Minas Gerais, para buscar compreender o entendimento da problemática inerente ao acesso aos medicamentos como direito social, isto é, se esses usuários sentem-se como portadores de direitos ou como privilegiados ao obterem tal acesso. Para²⁰, os grupos focais consistem no desenvolvimento de um tipo especial de entrevista, a entrevista em grupo, na qual se valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa para que se possa produzir dados.

Essa técnica utiliza a interação do grupo para captar diferentes tipos de dados. Ou seja, os participantes do grupo são incentivados a falar uns com os outros, a fazerem perguntas, a trocarem histórias e a tecerem comentários sobre as experiências e os pontos de vista uns dos outros. Ela não utiliza roteiros pré-definidos e sim trabalha com elementos temáticos que, aos poucos, vão sendo ampliados com base na experiência dos grupos focalizados. Os dados foram analisados a partir da representação social.

Segundo²¹, “[...] as Representações Sociais, enquanto censo comum, ideias, imagens, concepções e visão de mundo, que os atores sociais possuem sobre a realidade, são um material importante para a pesquisa [...]”.

Resultados

Em relação ao acesso aos medicamentos, sob o ponto de vista do direito social, a presente pesquisa indicou que uma minoria dos usuários dos serviços públicos de saúde se considera sujeitos portadores de direitos, e que uma grande parte percebe-se como beneficiária, isto é, apreende o acesso aos medicamentos como benesse, como um privilégio.

No campo da saúde, esse acesso aos medicamentos é evidenciado pelo poder de compra de alguns usuários, beneficiando o processo de medicalização e o acesso desigual aos medicamentos na sociedade brasileira contemporânea.

Logo, no Brasil, o acesso aos medicamentos configura-se como uma vantagem concedida a alguns usuários, proporcionando a exclusão de outros, ou seja, como um privilégio de alguns por estarem inseridos num determinado programa de saúde. Nesse sentido, a concepção de acesso aos medicamentos, como direito social, ainda está longe de ser efetivada no cotidiano do serviço público de saúde brasileiro.

Considerações finais

As dificuldades inerentes ao acesso aos medicamentos mostraram o abismo existente entre o SUS legal e o real, isto é, o quanto se torna difícil assegurar o direito à saúde, garantido pela constituição, aos usuários deste sistema.

Esse estudo indicou que a maioria dos usuários das UAP não se considera como portadores de direitos, mostrando que o acesso aos medicamentos como direito social garantido constitucionalmente está longe de ser efetivado no cotidiano do serviço público de saúde brasileiro na contemporaneidade. Tal fato demonstra que, no Brasil, apesar dos esforços para a efetivação no serviço público de saúde, de práticas com enfoque na universalidade, na integralidade e na inclusão, ainda persistem ações que inviabilizam esses objetivos e impedem a construção de uma cidadania pautada na concepção de direito a possuir direitos. Acredita-se que a cidadania é uma ideia em constante disputa. Ela não apresenta uma definição própria, tendo diferentes conotações de acordo com o contexto societário em que se encontra. Para a política neoliberal, a cidadania relaciona-se ao mínimo, ou seja, trata-se de assegurar o mínimo possível, criando privilégios para minimizar as diferenças. Todavia, para o Estado Democrático, a cidadania é a expressão das lutas das demandas pelo reconhecimento e afirmação dos direitos. Nesse sentido, supõe-se que a área da saúde, espaço público, proporcione as condições necessárias para que a cidadania ultrapasse os limites institucionais e se efetive como responsabilidade pública. Portanto, o Estado brasileiro precisa equacionar os problemas advindos principalmente da política econômica, a qual tem colocado limites à operacionalidade da política de saúde. Esses problemas comprometem diretamente o acesso universal e equânime aos medicamentos no serviço de público de saúde brasileiro.

Bibliografia

1. Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1994. [[Links](#)]
2. Bahia L. Contradições do SUS. In: *Seminário de Saúde Brasileira*; 2006; Juiz de Fora. (Palestra proferida na Universidade Federal de Juiz de Fora, promoção do Mestrado em Saúde Brasileira). [[Links](#)]
3. Telles VS. *Direitos sociais: afinal, do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG; 1999. [[Links](#)]

4. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. [[Links](#)]
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Acesso aos medicamentos essenciais*. [documento na Internet]. [acessado 2006 jan 3]. Disponível em: www.saude.gov.br [[Links](#)]
6. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Opas; 2005. [[Links](#)]
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia sobre medicamentos de la OMS: 2000 - 2003*. Genebra, 2000. [[Links](#)]
8. Luiza VL. Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde. *RIOPHARMA*, v. 11, n.52, p. 4, nov.-dez., 2002. [[Links](#)]
9. Velásquez G, Madrid I, Quick JD. *Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos*. Genebra: World Health Organization, 1999. *Economia de la Salud y Medicamentos*. (DAP series, n.6). [[Links](#)]
10. Bennett S, Quick JD, Velásquez G. *Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use*. *Health Economics and Drugs*. Genebra: World Health Organization, 1997. (DAP series, n.5) [[Links](#)]
11. Pécou B et al. Access to essential drugs: a lost battle?. *Journal of the American Medical Association*, v.281, n.4, p. 361–367, 1999. [[Links](#)]
12. Silva RCS. *Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil*. 2000. 215 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. [[Links](#)]
13. Bonfim JRA, Mercucci VL. (Orgs). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: HUCITEC, 1997. [[Links](#)]
14. Machado-dos-Santos S. A política de fármacos eleva a política de saúde. In: Negri B, Viana ANA. (Orgs). *O sistema único de saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: SOBRAVIME; CELAG, 2002. [[Links](#)]
15. Dallari GS. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995. [[Links](#)]
16. Bobbio N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2004. [[Links](#)]
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
18. Minas Gerais. Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Ambiental. *Serviço de Controle da Hipertensão, do Diabetes e da Obesidade (SCHDO)*. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Ambiental; 2006. [[Links](#)]
19. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação*. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994. [[Links](#)]
20. Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2006. [[Links](#)]

21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998. [[Links](#)]