Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

Vulnerabilidade e iniquidade na incorporação pública de medicamentos#

Vulnerability and iniquity in the inclusion of drugs for public distribution

Ewerton Torreão de Freitas Medeiros*
Marcos de Almeida**

RESUMO: Vulnerabilidade e iniquidade são dois elementos essenciais a serem estudados antes de quaisquer decisões gerenciais que afetem uma comunidade sejam tomadas. Considerando-se especificamente a incorporação de novos medicamentos para a dispensação pública, espera-se que doentes / doenças com vulnerabilidades similares tenham atenção equivalente (equânime) por parte do Estado. Com o propósito de averiguar essa hipótese, partiu-se do grupo que já foi um dos mais vulneráveis – os portadores de HIV – e de um dos programas de logística mais exemplares do Brasil – o Siclom –, que disponibilizava antirretrovirais para estes indivíduos, a fim de comparar o seu nível de atenção (recebido) com o de outros cidadãos portadores de diferentes patologias, mas igualmente necessitados de acesso e inovação farmacêutica por parte do SUS. Por vários motivos, os portadores das doenças atendidas pelos outrora denominados "medicamentos excepcionais" foram os mais adequados a esse teste de coerência e justiça. Foram selecionadas 20 medicações incorporadas por cada grupo e aplicados três indicadores sugestivos da velocidade, embasamento e magnitude da incorporação. Percebeu-se que, dentro do paradigma proposto, os portadores de HIV receberam mais atenção por mais de uma década, usufruindo mais de novos medicamentos, apesar de haver muito menos evidência científica (frente aos medicamentos excepcionais) para justificar tal perfil de aquisição farmacêutica. Consequentemente, pelo desconhecimento dos critérios envolvidos, pode ter sido iníqua a diferença de padrão de incorporação encontrada, o que sugeriria um grave desrespeito aos mais nobres princípios constitucionais – por parte dos órgãos públicos responsáveis – frente às diferentes vulnerabilidades vigentes. Por isso, este suposto antecedente de desigualdade merece ser revisado com critérios bioestatísticos contemporâneos, para se auditar a gestão passada e orientar a priorização de futuras incorporações de uma forma mais alicerçada sócio-epidemiologicamente.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdades em Saúde. Medicamentos de Referência. Vulnerabilidade.

ABSTRACT: Vulnerability and Iniquity are two essential elements that need to be studied seriously before taking any managerial decisions that affect a community. Considering specifically the inclusion of new medicines for public dispensation, we expected that patient / diseases with similar vulnerabilities were given equivalent attention from the State. In order to verify this hypothesis, one of the formerly most vulnerable groups was chosen as a starting point – HIV-soropositives – and also one of the most remarkable logistics program – the Siclom – which offers antiretroviral drugs to that group. This was done also to compare the level of assistance this group received with the other groups of carriers of different pathologies – but equally in need of access and innovation from SUS. Due to many reasons, the carriers of diseases supplied with the formerly called "exceptional medicines" were the most suitable to this test of coherence and justice. Twenty medications incorporated to each group were selected in order to apply three suggestive indicators of speed, foundation and magnitude of the incorporation. Within this proposed paradigm – it became apparent that the soropositives for the HIV received more attention for more than one decade, benefiting more from the new medicines although there were much less scientific evidence (comparing with the "exceptional medicines") to justify this profile. Consequently, it is believed that the difference found among the patterns of the incorporation was unfair which would suggest a serious disrespect towards one of the noblest constitutional principles by the responsible state bodies regarding the different existing vulnerabilities. Therefore this alleged background of inequality should be reviewed using modern biostatistics criteria in order to prioritize incorporations that have a real basis in social-epidemiological criteria.

KEYWORDS: Health Inequalities. Reference Drugs. Vulnerability.

INTRODUÇÃO

Todos os seres humanos costumam ansiar por justiça, e, dentre os vários elementos que poderiam nortear uma justa e coerente gestão pública, destaca-se a equidade como primordial, se coerentemente embasada na vulnerabilidade. Por isso, acredita-se ser um dever *prima facie* fazer uso racional e prático de informações relacionadas às vulnerabilidades, com o propósito de evitar a iniquidade, assim como partir de identificáveis iniquidades para promover a equidade compensatória. Inclusive, no contexto de saúde, pode-se deduzir que, quanto mais vulnerável um grupo (ou indivíduo) esteja, mais carente está de ações proporcionais (equânimes). Entretanto, algumas posturas gerenciais no SUS sugerem a não aplicação de-

Artigo derivado de: Medeiros ETF. Vulnerabilidade e iniquidade: aspectos éticos envolvidos no processo de incorporação de medicamentos pelo SUS [dissertação]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.

* Graduado em Medicina com Residência Médica em Medicina Preventiva e Social (USP-HC). Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: ewerton777@yahoo.com.br
** Graduado em Medicina. Médico Doutor. Professor do Programa de Mestrado e Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil.
Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

vida de alguns referenciais bioéticos, como a vulnerabilidade e a equidade.

Partindo-se do posicionamento da OMS, a Vulnerabilidade poderia ser interpretada como uma incapacidade para proteger os próprios interesses: uma indefensabilidade autônoma diante de determinados riscos e ameaças à própria saúde. Por isso, trata-se frequentemente da legitimação de uma dependência para proteção e autocuidado, que está além dos meios acessíveis do indivíduo em questão. Pode-se também depreender a partir da OMS que a Equidade seria uma justa e imparcial oportunidade de atingir o potencial de sua vida: uma maneira coerente de dar mais a quem mais precisa, assim como dar menos a quem menos precisa. Por isso, trata-se frequentemente da legitimação de privilégios e desprivilégios socialmente compensatórios.

Entretanto, Hossne defende que, ao longo das décadas em que se mencionou o termo vulnerabilidade na ciência bioética, foi-se muito associado ora aos princípios da não maleficência, ora à autonomia ou justiça, mas raramente como um referencial autônomo, talvez porque "a atenção, na maioria das vezes, se concentrava exclusivamente na vulnerabilidade intrínseca do último (porém o mais importante) elo do sistema – o paciente"[1]. Hoje, parece mais racional que o conceito de vulnerabilidade possa ser aplicado não somente ao indivíduo, mas também à estrutura em que esse indivíduo se encontra – o sistema de saúde –, que também pode o vulnerabilizar direta ou indiretamente, conforme Hossne mesmo detalha: "no sistema de saúde, a vulnerabilidade pode ser ou estar presente nos profissionais da saúde, nas instituições, nos gestores, na política interna de saúde, ou em todo o sistema"[1].

Aplicar a equidade também requer trabalhar com um dilema intrínseco: ousar questionar e corrigir algo que, teoricamente, já seria justo do ponto de vista legal. Afinal, tal qual a vulnerabilidade, a equidade também pode ser mal interpretada ou mal aplicada, gerando talvez mais iniquidade: mais privilégios ou privações imerecidas (injustas), que mereceriam reparo. Nesse caso, Hossne, em 2009, apresentou a questão da seguinte forma: "pode-se levar, em nome de uma equivocada equidade, a preservar ou até mesmo incrementar a iniquidade"; ou, em outras palavras: "em nome de uma aparente equidade, se pratica, paradoxalmente, uma iniquidade, preservando, na realidade, privilégios ocultos"[2].

Assim, para um governo se manter atento às vulnerabilidades e tentar desenvolver a equidade, deveria haver uma constante revisão de prioridades medicamentosas antes das compras, tais como: avaliação contínua da eficácia, eficiência e efetividade das medicações disponíveis; avaliação da qualidade do acesso às medicações já incorporadas, por parte de doentes de cada cidade; análise anual da potencial evolução dos agravos de saúde sob ação das terapêuticas existentes e acessíveis; análise anual do potencial impacto em indicadores de morbidade e qualidade de vida com as pretensas novas drogas; acesso público e rotineiro aos planos, projetos ou intenções de futuras ações voltadas para a assistência farmacêutica, dando oportunidades de questionamentos prévios embasados; acesso público e rotineiro a pareceres formais (feitos por profissionais do SUS) sobre as mais recentes pesquisas acadêmicas e seu potencial correspondente de influenciar a logística de medicamentos do SUS.

Não se pode ignorar que novos medicamentos são insumos básicos tão necessários para o sucesso do projeto de assistência farmacêutica implementado pelo SUS, quanto seria o acesso eficiente a antigos medicamentos. E, certamente, o programa de AIDS funcionou como um paradigma do que deveria ser a atuação do Sistema de Saúde Brasileiro quanto a campanhas de conscientização, parceria com a sociedade civil, fornecimento de insumos e monitoramento cuidadoso. Também por isso passou a ser visto como ícone de efetividade em intervenção, um modelo de política de saúde aparentemente eficiente, mas que não estaria sendo similarmente aplicado em favor de outras patologias[3].

Do ponto de vista econômico, foi inegável inclusive que o acesso aos antirretrovirais fez com que gastos com internações e outros procedimentos terapêuticos fossem tão reduzidos, que a economia indireta até suplantou o custo dos medicamentos, algo que parecia improvável de ocorrer[4]. Como resultado dessa política de saúde, observou-se, no País, uma redução significativa da mortalidade, da letalidade[5] e

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

do número de internações por doenças oportunistas. Assim, o governo brasileiro poupou recursos com internações e investiu na produção local dos genéricos, fato que tornou mais viável e eficiente o acesso ao tratamento antirretroviral a todos que precisaram[6].

Tendo como partida a grandiosa atenção dada à AIDS, foi que se questionou se nessa mesma época não havia outros programas com similar potencial de impacto em indicadores de saúde, ou mesmo de economia indireta que poderiam ter recebido (mas não receberam) equivalentes investimentos aos fornecidos especialmente aos antirretrovirais. Afinal, havia outras doenças tão ou mais graves que poderiam ter sido ignoradas. Logo, tornou-se pertinente elencar um questionamento: por que a "lógica de sucesso" do programa DST-AIDS não foi estendida a outros programas contemporâneos igualmente relevantes (como o de medicamentos excepcionais)?

Apesar de a AIDS ter sido mais estigmatizante durante os primeiros anos[7], entende-se que os dependentes de medicações excepcionais poderiam ser tão vulneráveis quantos os portadores do HIV. Inclusive, a partir do ano 2000, se percebeu um grande aumento no número de ações impetradas contra a gestão estadual, solicitando medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, especialmente de medicações excepcionais, seguido dos antirretrovirais[8]. Se, dessa forma, entre os vários programas do SUS buscássemos um que atendesse patologias com indicativos de dano à saúde equivalente aos da AIDS, cujas medicações tivessem efeitos ou características similares para o tratamento desses cidadãos doentes, perceberíamos que o outrora chamado programa de "medicamentos de dispensação em caráter excepcional" (EXCEPS) atenderia a essa procura, pois: apresentava um custo elevado[9]; entre os seus remédios havia vários destinados a patologias com alta morbimortalidade[10]; várias doenças atendidas por esse programa apresentavam ainda um forte apelo social para sua incorporação[11]; foram consolidados em datas contemporâneas, com número similar de pacientes (em 2007) e até custo totais praticamente idênticos[12].

Os objetivos foram procurar dois programas que tivessem meta de oferecer dispensação farmacêutica a pacientes com carências peculiares, cujos medicamentos tivessem custo ou potencial (de melhoria da saúde) semelhantes e, a partir de indicadores, investigar os perfis de incorporação que refletissem a equidade e vulnerabilidade esperadas.

A partir deste estudo, foram propostos meios de se intervir ou minimizar as vulnerabilidades.

MÉTODO

Comparou-se a incorporação de medicamentos antirretrovirais (do SICLOM) com a de excepcionais (do DATASUS), destacando-se 20 exemplares de cada no período antes da implantação do CEAF.

Calculou-se e comparou-se 3 indicadores relacionados à incorporação de medicamentos: (I) o intervalo entre 1º trabalho publicado (a partir do Medline) e a incorporação pelo SUS; (II) o total de trabalhos publicados (a partir do Medline) até a incorporação pelo SUS; (III) o total de investimentos públicos / paciente para cada grupo selecionado (várias fontes).

Verificou-se sob a ótica da bioética se os perfis de incorporação de medicamentos sugerem ter sido iníquos ou equânimes, respeitando ou desrespeitando os mais vulneráveis, para então propor melhorias necessárias e plausíveis.

RESULTADOS

Como resultado principal, confirmou-se que – em média – houve uma maior velocidade e magnitude (custo proporcional) de incorporação dos ARVS, assim como muito menos embasamento científico. Afinal, a diferença foi aproximadamente o dobro no primeiro indicador e o triplo no segundo. Logo, parece coerente que o terceiro indicador confirme que essa dinâmica representou gastos muito superiores com os pacientes com AIDS em relação aos portadores das outras 12 patologias atendidas pelos EXCEPS.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

Tabela 1. Medicamentos excepcionais: intervalo entre 1º trabalho publicado e a incorporação pelo SUS; e total de trabalhos publicados até a incorporação pelo SUS

MEDICAMENTO EXCEPCIONAL	ANOS ENTRE 1ª PUBLICAÇÃO E INCORPORAÇÃO	PATOLOGIA-ALVO	NÚMERO DE PUBLICAÇÕES ATÉ A INCORPORAÇÃO
Acetato de Lanreotida	14	ACROMEGALIA/GIGANTISMO	316
Cabergolina	17	ACROMEGALIA/GIGANTISMO	281
Donepezil	10	D. ALZHEIMER	432
Entacapone	11	D. PARKINSON	151
Infliximab	8	D. CROHN	362
Interferon alfa	12	HEPATITE B/C	2682
Lamotrigina	12	S. EPILÉPTICAS	342
Leflunomide	17	ARTRITE REUMATOIDE	446
Micofen Mofetil	9	TRANSPLANTE: CORAÇÃO, RIM E FÍGADO	338
Olanzapina	7	ESQUIZOFRENIA	242
Pramipexol	15	D. PARKINSON	171
Quetiapina	11	ESQUIZOFRENIA	347
Riluzol	17	ESCLEROSE L. AMIOTRÓFICA	329
Risperidona	9	ESQUIZOFRENIA	503
Rivastigmina	11	D. ALZHEIMER	166
Tacrolimus	12	TRANSPLANTE: RIM E FÍGADO	3743
Tolcapone	12	D. PARKINSON	213
Topiramato	15	S. EPILÉPTICAS	451
X. de Salmeterol	15	ASMA	781
Ziprasidona	9	ESQUIZOFRENIA	147
MÉDIA	**12,2**		**622,2**

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

Tabela 2. Antirretrovirais: intervalo entre 1º trabalho publicado e a incorporação pelo SUS; e total de trabalhos publicados até a incorporação pelo SUS

MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL	ANOS ENTRE 1º PUBLICAÇÃO E INCORPORAÇÃO	PATOLOGIA-ALVO	NÚMERO DE PUBLICAÇÕES ATÉ A INCORPORAÇÃO
Didanosina	9	AIDS	641
Indinavir	2	AIDS	52
Lamivudina	5	AIDS	128
Ritonavir	1	AIDS	41
Saquinavir	6	AIDS	115
Zalcitabina	10	AIDS	530
Estavudina	10	AIDS	178
Nelfinavir	3	AIDS	106
Nevirapina	8	AIDS	272
Zidovudina+Lamivudina	2	AIDS	7
Delavirdina	5	AIDS	92
Efavirenz	4	AIDS	135
Abacavir	3	AIDS	162
Amprenavir	5	AIDS	132
Ganciclovir	16	AIDS	993
Talidomida	12	AIDS	213
Lopinavir+Ritonavir	2	AIDS	8
Tenofovir	8	AIDS	167
Atazanavir	3	AIDS	25
Enfuvirtida	6	AIDS	134
MÉDIA	**6,0**		**206,6**

Tabela 3. Medicamentos excepcionais e antirretrovirais: total de investimentos públicos por paciente

ANTIRRETROVIRAIS	2002	2008
Número de pacientes	124 MIL13	191 MIL13
Gastos com medicamentos	668 MILHÕES14	1.013 MILHÕES15
Gasto/paciente	**R$ 5.387/paciente**	**R$ 5.303/paciente**
EXCEPCIONAIS	**2002**	**2008**
Número de pacientes	129 MIL16	730 mil17
Gastos com medicamentos	483 MILHÕES16	1.980 MILHÕES15
Gasto/paciente	**R$ 3.744/paciente**	**R$ 2.712/paciente**

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

DISCUSSÃO

Não basta um remédio ser considerado eficaz, efetivo ou eficiente para que órgãos públicos o adquiram e o disponibilizem, pois o orçamento é limitado (e gradativamente mais limitado a cada ano) e é necessário pesar outras variáveis. Porém, esses resultados podem sugerir que o SUS tratou durante pelo menos uma década os pacientes HIV+ com privilégios, em detrimentos dos Portadores de "Doenças Excepcionais".

De fato não teve um critério comparativo justo para determinar onde, quando e quanto seria mais necessário investir ou acelerar a atenção medicamentosa (incorporada) de diferentes agravos à saúde.

Houve então injustiça e desatenção para com a vulnerabilidade (especialmente dos portadores de doenças excepcionais)?

Se houve: o que poderia ser feito para "compensar" e para evitar cometer essa falha novamente?

Se não houve: por que não foi (ainda não é) justificado os altos e baixos valores de investimentos em novos fármacos, assim como das rápidas e lentas incorporações para atender diferentes patologia dos programas?

Um governo democrático e organizado poderia ter administrado estas incorporações de forma mais embasada e transparente, com medidas como: 1. publicar (especialmente na internet) e justificar antecipadamente (1 ano pelo menos) todas as possibilidade de novas incorporações, criando-se uma "fila racional de futuras incorporações", contemplando todas as esferas de governo. Detalhar-se-ia, esquematicamente, todos os pré-requisitos para se inserir e mobilizar qualquer droga nesta fila; 2. Utilizar de "pontuações multidependentes", isto é, que permitissem comparações justas entre diferentes drogas a partir de indicadores proporcionais e coerentes com os diferentes públicos e patologias-alvo. Tornar-se-ia mais claro aos cidadãos a priorização entre diferentes doentes / doenças; 3. ilustrar e repontuar mensalmente (explicando as lógicas dos pesos e ponderações) todos os tipos de pesquisas e informações (internacionais) que envolveriam cada droga da fila. Argumentar-se-ia (contra ou a favor) melhor e atualizadamente sobre a utilidade e aplicabilidade dos fármacos; 4. desenvolver instrumentos e ferramentas para que os cidadãos e entidades não governamentais pudessem também influenciar criteriosamente no posicionamento das drogas na fila. Hierarquizar-se-ia os critérios que comporiam o algoritmo de priorização com a ajuda popular também; 5. tornar acessível o histórico mensal dos gastos federais, estaduais e das prefeituras referente a cada forma farmacêutica já incorporada, agrupando-se didaticamente por substância, classe e patologia-alvo. Auditar-se-ia publicamente e facilmente os antecedentes de investimentos farmacológicos; 6. divulgar mensalmente as estimativas de gastos futuros com cada uma das drogas da fila (que ainda não tivessem sido incorporadas) e as respectivas economias correlatas esperadas (seja na redução de internações, seja na redução da compra de outras drogas que passariam a ser menos utilizadas / substituídas). Empoderar-se-ia a população de expectativas justificadas da possível evolução dos agravos, validando ou não as especulações feitas.

CONCLUSÃO

Se os EXCEPS apresentavam características equivalentes aos ARVS e atendiam a algumas doenças tão importantes quanto a AIDS, seria mais justo que tivessem ocorrido: a criação de outros subsistemas logísticos (nos moldes do SICLOM) para atuar melhor na incorporação e dispensação de medicações outrora "excepcionais", especialmente de subgrupos patológicos mais afins; a aceleração precoce da incorporação de certos EXCEPS exaustivamente embasados em pesquisas, com vistas a atingir indicadores similares aos dos ARVS, e com a finalidade de tentar compensar os meses / anos de desempenho inferior; a desaceleração da incorporação de certos ARVS insuficientemente embasados em pesquisas, com vistas a equiparar seus indicadores de vulnerabilidade aos do grupo dos EXCEPS; o estímulo à produção nacional de genéricos de grupos mais onerosos ou carentes, ainda que fossem necessários benefícios fiscais e legislações específicas para tal; a construção de indústrias farmacêuticas públicas, talvez uma em cada uma das regiões administrativas brasileiras, cuja produção de medicamentos fosse direcionada para as vulnerabilidades regionais e a revisão cuidadosa da política de licenciamentos compulsórios para casos específicos (remédios extremamente relevantes e inviáveis economicamente).

Portanto, parece questionável a equidade e a atenção às diferentes vulnerabilidades por trás dos critérios de incorporação, já que não há transparência em sua aplicação;

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306

nem uma correlata prestação de contas à sociedade confirmando (ao menos) o custo-eficiência das medicações disponíveis e de qualquer intenção de nova incorporação frente aos já disponíveis efetivamente. Essa satisfação não deveria ser isolada para uma doença, mas sempre comparando e justificando prioridades entre várias doenças que debilitariam a comunidade ou mais impactariam as vulnerabilidades de saúde vigentes, com a respectiva inovação tecnológica.

Logo, não houve incorporações democráticas nem equânimes, em que a população pudesse ter meios práticos de criticar uma suposta fila racional de drogas a serem incorporadas, questionando critérios ou pontuações que essas novas medicações teriam e agregariam (baseado em pesquisas científicas, indicadores de saúde ou de qualidade de vida) para se posicionar nessa fila. Consequentemente, os históricos e as estimativas futuras dos gastos federais, estaduais e das prefeituras para cada droga e doença-alvo deverão estar acessíveis para qualquer cidadão auditar, com o fim de que corroborem com a aplicação da justiça na incorporação medicamentosa.

REFERÊNCIAS

1. Hossne WS. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. Rev Bioethikos. 2009;3(1):41-51.
2. Hossne WS. Dos referenciais da bioética – a equidade. Rev Bioethikos. 2009;3(2):211-6.
3. Landi FR, Gusmão R, organizadores. CT&I e o setor saúde: indicadores de produção científica e incorporação de inovações pelo sistema público. In: Landi FR, coordenador. Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo – 2004 [acesso 23 Mai 2009]. São Paulo: FAPESP; 2005. cap. 11, v. 1, p. 11-7. Disponível em: http://www.fapesp.br/indicadores2004/volume1/cap11_vol1.pdf
4. Grangeiro A, et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40:60-9.
5. Oliveira MS, et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1429-39.
6. Brasil. Ministério da Saúde. AIDS no Brasil [acesso 1 Jul 2008]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm
7. Almeida M, Munoz DR. Relação médico-paciente e paciente-instituição na AIDS: o direito à informação e à confidência; a discriminação, o abandono e a coerção. Bioética. 1993;1(1):49-53.
8. Messeder AM, Osorio CGSC, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005 Abr;21(2):525-34.
9. Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
10. Negri BA. Política Nacional de Medicamentos. Brasília; 2002 [acesso 12 Ago 2008]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/03_negri.pdf
11. Barros JV. Sistema de dispensação de medicamentos excepcionais no Estado de São Paulo [acesso 15 Ago 2008]. Disponível em: http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/790.pdf
12. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: Pierantoni CR, Vianna CMM, organizadores. Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Segrecar; 2003. p. 15-58.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Vieira FS. Gasto do Ministério da saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Rev Saúde Pública. 2009;43:674-81.
15. Alexandre RF. Políticas Públicas para Medicamentos Excepcionais. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF. V Congresso de Ciências Farmacêuticas – Riopharma; 2007.
16. Souza RR. O Programa de Medicamentos Excepcionais; 2001 [acesso 20 Nov 2008]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/04_programa.pdf
17. JB online. Ministério gastará R$ 2,3 bilhões com medicamentos excepcionais; 2008 [acesso 20 Abr 2009]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=102437

Recebido em: 24 de julho de 2012.
Versão atualizada em: 28 de agosto de 2012.
Aprovado em: 31 de agosto de 2012.