



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

AUTONOMIA FARMACÊUTICA E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REFLEXÃO ACERCA DOS DESAFIOS NO PROCESSO DE DESCOLONIZAÇÃO

PHARMACEUTICAL AUTONOMY AND THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL: A REFLECTION ON THE CHALLENGES IN THE PROCESS OF DECOLONIZATION

Roberta dos Santos Rodrigues¹

Gustavo Silveira Borges²

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto tratar do direito à saúde no Brasil em uma perspectiva relacionada aos desafios enfrentados no processo de descolonização para o alcance da autonomia farmacêutica. Foi abordado o processo de colonização no cenário brasileiro e suas inferências na saúde, expondo a saúde como um direito universal e discorrendo sobre os entraves da pesquisa farmacêutica brasileira. Para tanto, utilizou-se o método de abordagem dedutivo e de procedimento bibliográfico, por meio da técnica de pesquisa bibliográfica em fontes secundárias – artigos e outras pesquisas, e em fontes primárias – documental e legal. Durante a pesquisa evidenciou-se que, muito embora a saúde seja um direito universal, em decorrência da colonização existe um longo caminho a ser trilhado para que se alcance a autonomia farmacêutica no Brasil. A importação de tecnologias e matérias-primas de outros países restringe a capacidade de desenvolvimento local de medicamentos, elevando as despesas de produção. E as diferenças socioeconômicas advindas da colonização retratam a disparidade no acesso aos serviços de saúde. No escopo de superar essas barreiras impostas pela colonização, é imperioso o investimento em pesquisa e desenvolvimento de tecnologias e insumos, valorizando a produção de saberes locais, além de serem indispensáveis políticas públicas que promovam a autonomia farmacêutica brasileira, a fim de incentivar a pesquisa e garantir o acesso equânime aos medicamentos, assegurando, assim, o efetivo exercício do direito à saúde.

Palavras-chave: Descolonização; Direito à saúde; Autonomia farmacêutica.

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado Acadêmico) em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Especialista em Preparação para a Magistratura na modalidade Mercado de Trabalho e Formação para o Magistério Superior, como opção de Pós-Graduação, junto à Escola Superior da Magistratura (ESMESC), extensão Criciúma, e Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: roberta@goesadvogados.com.br.

2 Pós-Doutorado em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: gustavoborges@hotmail.com.



ABSTRACT

The present work aims to address the right to health in Brazil from a perspective related to the challenges faced in the decolonization process to achieve pharmaceutical autonomy. The colonization process in the Brazilian scenario and its inferences on health were addressed, exposing health as a universal right and discussing the obstacles to Brazilian pharmaceutical research. To this end, the deductive approach and bibliographic procedure method was used, through the bibliographic research technique in secondary sources – articles and other research, and in primary sources – documentary and legal. During the research it became clear that, although health is a universal right, as a result of colonization there is a long way to go to achieve pharmaceutical autonomy in Brazil. The import of technologies and raw materials from other countries restricts the capacity for local development of medicines, increasing production expenses. And the socioeconomic differences arising from colonization portray the disparity in access to health services. In order to overcome these barriers imposed by colonization, investment in research and development of technologies and inputs is imperative, valuing the production of local knowledge, in addition to being essential public policies that promote Brazilian pharmaceutical autonomy, in order to encourage research and guarantee equal access to medicines, thus ensuring the effective exercise of the right to health.

Keywords: Decolonization; Right to Health; Pharmaceutical autonomy.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem por finalidade abordar o direito à saúde no Brasil em um enfoque direcionado às barreiras enfrentadas para o alcance da autonomia farmacêutica diante do processo de descolonização.

A saúde, muito mais do que um bem de interesse de todos, é um direito assegurado em inúmeros acordos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e o Protocolo de San Salvador, adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos, bem como na Constituição do Brasil de 1988, sendo impossível que as pessoas vivam dignamente sem saúde, a qual é inerente e fundamental à vida humana.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

Ao lidar com as questões relacionadas à saúde, percebe-se que a pesquisa farmacêutica nacional enfrenta desafios oriundos do processo de colonização, os quais estão relacionados à produção e ao acesso de medicamentos.

A dependência de tecnologias e insumos de outros países limita a capacidade de desenvolvimento local de medicamentos e aumenta os custos de produção. E, como se não bastasse, as diferenças socioeconômicas resultantes da colonização refletem a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

O objetivo geral da presente pesquisa é discorrer acerca das barreiras enfrentadas no processo de descolonização para a obtenção da autonomia farmacêutica no Brasil. Os objetivos específicos são, em um primeiro momento, descrever o processo de colonização no Brasil e suas implicações no campo da saúde, bem como expor a saúde como um direito universal e, por fim, explicar os entraves da pesquisa farmacêutica brasileira. Como problema de pesquisa, tem-se: O baixo investimento em ciência e tecnologia, que exige da indústria farmacêutica nacional a importação de insumos e torna o produto mais caro, dificultando o acesso da população à saúde, pode ser considerado uma consequência do processo de colonização do Brasil? Esse questionamento inicial remete à necessidade de refletir sobre o campo do direito à saúde no Brasil e as barreiras provenientes da colonização para que se obtenha uma efetiva autonomia farmacêutica no país.

Na realização desta pesquisa foi empregado o método científico de abordagem dedutivo, por intermédio de pesquisa bibliográfica, utilizando-se as técnicas de pesquisa bibliográfica e legal, com consulta a livros e artigos científicos - fontes secundárias, e normas jurídicas - fontes primárias.

2. O PROCESSO DE COLONIZAÇÃO NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE

Antes de adentrar à temática proposta, importante conceituar os termos colonialismo, colonialidade e descolonização. E, no tocante, Grosfoguel ensina:



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

A colonialidade permite-nos compreender a continuidade das formas coloniais de dominação após o fim das administrações coloniais, produzidas pelas culturas coloniais e pelas estruturas do sistema-mundo capitalista moderno/colonial. A expressão 'colonialidade do poder' designa um processo fundamental de estruturação do sistema-mundo moderno/colonial, que articula os lugares periféricos da divisão internacional do trabalho com a hierarquia étnico-racial global e com a inscrição de migrantes do Terceiro Mundo na hierarquia étnico-racial das cidades metropolitanas globais. Os Estados-nação periféricos e os povos não-europeus vivem hoje sob o regime da 'colonialidade global' imposto pelos Estados Unidos, através do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial (BM), do Pentágono e da OTAN. As zonas periféricas mantêm-se numa situação colonial, ainda que já não estejam sujeitas a uma administração colonial. [...]

Eu uso a palavra 'colonialismo' para me referir a 'situações coloniais' impostas pela presença de uma administração colonial, como é o caso do período do colonialismo clássico, e, na esteira de Quijano, uso a designação 'colonialidade' para me referir a 'situações coloniais' da actualidade, em que as administrações coloniais foram praticamente erradicadas do sistema-mundo capitalista. Por 'situações coloniais' entendo a opressão/exploração cultural, política, sexual e económica de grupos étnicos/racializados subordinados por parte de grupos étnico-raciais dominantes, com ou sem a existência de administrações coloniais [...] (Grosfoguel, 2009, p. 395).

Vê-se que o colonialismo se refere à dominação exercida por um país sobre o outro, com o propósito de explorar seus recursos naturais, mão-de-obra e mercados, subjugando os povos locais à política, economia e cultura da nação colonizadora. Já a colonialidade, conforme se depreende do autor, está relacionada à constância dos efeitos advindos do colonialismo nos países colonizados, atingindo padrões políticos, econômicos e culturais impostos no período colonial, e que ainda influenciam percepções de pensamento. Na economia, a colonialidade reflete-se na dependência de países e povos aos mercados e tecnologias dos antigos colonizadores, afetando as possibilidades de desenvolvimento e autonomia de antigas colônias.

Acerca da descolonização, o autor aduz que “[...] Com a descolonização jurídico-política saímos de um período de 'colonialismo global' para entrar num período de 'colonialidade global’” (Grosfoguel, 2009, p. 394). E isso, pois “[...] As antigas hierarquias coloniais, agrupadas na relação europeias versus não-europeias, continuam arreigadas e enredadas na 'divisão internacional do trabalho' e na acumulação do capital à escala mundial [...]” (Grosfoguel, 2009, pp. 394-395).

Desse modo, a descolonização é o processo de desfazimento das estruturas de dominação colonial, em todas as suas esferas, com vistas a



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

emancipação política, econômica e cultural dos povos anteriormente colonizados, a fim de resgatar a sua cultura, identidade e conhecimentos locais.

A colonização do Brasil foi caracterizada por uma série de eventos que influenciaram o país em diversas áreas, incluindo a saúde. Antes da chegada dos europeus, os povos indígenas que habitavam o território brasileiro possuíam práticas medicinais próprias, baseadas no conhecimento tradicional e na relação com a natureza. Essas práticas incluíam o uso de plantas medicinais, rituais de cura e técnicas cirúrgicas rudimentares, as quais, a partir da colonização, foram gradualmente substituídas pelas práticas médicas europeias.

Nesse viés, como decorrência do saber colonial, Guimarães *et al* afirma que “Por fim, os saberes leigos, populares, indígenas, do senso comum tornam-se invisíveis e subalternos. E como consequência, temos a exclusão dos saberes tradicionais das diferentes culturas [...]” (Guimarães *et al*, 2020, p. 5).

No mesmo sentido, Nunes e Louvison asseveram que, na maioria das sociedades, a medicina ocidental moderna foi introduzida pelas mesmas vias do colonialismo, trazendo “[...] um rastro de desqualificação, supressão, invisibilização ou apropriação de outros conhecimentos e práticas, chegando mesmo à eliminação física daqueles e daquelas que protagonizavam esses saberes e experiências [...]” (Nunes e Louvison, 2020, p. 2).

O colonialismo, ao introduzir a medicina ocidental moderna, desprezou os conhecimentos até então perpetrados pelos populares locais, colhendo-se do entendimento de Gil Sevalho:

O sentido de dominação sobre a natureza, a utilização de sistemas classificatórios universalizados, a negação dos saberes populares locais, indígenas e afrodescendentes na compreensão do processo saúde-doença-cuidado, evidenciam marcas de colonialidade na estrutura teórico-conceitual epidemiológica que devem ser objeto de questionamentos interdisciplinares. [...]

Conceitos e práticas como promoção da saúde, determinantes sociais de saúde, transição epidemiológica, vigilância e educação em saúde, ordenados na epidemiologia dos fatores de risco segundo padrões culturais estranhos à realidade local, devem ser objeto da crítica decolonial sobre as colonialidades do poder, do saber, do ser, onde cultura se entrelaça ao econômico-político no contexto capitalista [...] (Sevalho, 2022, p. 9).



A partir disso, tem-se que a hierarquização de saberes coloniais, em detrimento das práticas de saúde exercidas pelos povos locais, evidencia resquícios de colonialidade. E, como bem pontuado por Saulo Carneiro, a medicina foi influenciada pelo pensamento europeu, de modo que “[...] importaram, incorporaram e formataram a realidade local com base em teorias evolucionistas, eugenistas e deterministas que classificavam os indivíduos de acordo com sua etnia, cor, hereditariedade e hábitos culturais” (Carneiro, 2023, p. 11). Os meios científicos ainda são resultado do pensamento ocidental, invisibilizando mentes colonizadas.

O processo de descolonização da saúde no Brasil buscou a construção de um sistema mais adequado às necessidades do país, bem como procurou reduzir as disparidades no acesso aos serviços de saúde, levando em consideração as particularidades de cada região, elucidando Guimarães *et al* que “[...] Descolonizar o saber no campo da saúde significa abrir espaços para a inclusão das múltiplas e variadas formas de cuidado à saúde presentes na atualidade, sem que haja dominação de um saber sobre o outro [...]” (Guimarães *et al*, 2020, p. 7).

Entretanto, como bem vislumbra Carneiro, “[...] o fim do colonialismo não resultou em uma América Latina descolonizada, [...]” (Carneiro, 2023, p. 7). E isso, em razão de que o sistema colonial moldou estruturas de saúde que atendiam aos interesses eminentemente coloniais, omitindo-se em relação às necessidades da população local. Com a descolonização, essa negligência refletiu as desigualdades no acesso à saúde.

E, nessa esteira é a lição de Guimarães *et al*:

Mesmo considerando o avanço com a implementação dessa política na esfera pública brasileira, é importante destacar que ao não incorporar a medicina tradicional indígena e as diversas formas de lidar com o processo saúde-doença em comunidades negras e em populações de comunidades periféricas urbanas, do campo, das águas e das florestas, a PNPIC mantém a invisibilidade que historicamente atravessa os saberes desses povos. Este fato reforça a hegemonia do saber/poder colonial diante das diversas formas de cuidado à saúde presentes na sociedade brasileira, mas que continuam na invisibilidade e sem reconhecimento por parte daqueles que formulam e implementam as políticas públicas (Guimarães *et al*, 2020, pp. 2-3).



A hegemonia colonial é reforçada ao não incorporar a medicina tradicional dos povos periféricos mantendo-a na invisibilidade por parte daqueles que são responsáveis pela elaboração e efetivação das políticas públicas.

Nesse ponto, Dussel pondera:

A ciência e a tecnologia são certamente uma mediação essencial para o desenvolvimento e a riqueza de um país, não apenas quantitativa, mas qualitativamente, contudo devem ser direcionadas não apenas por critérios universalmente abstratos das potências científicas e tecnológicas que dominaram a situação no mundo moderno nos últimos cinco séculos. A ciência e a tecnologia não possuem um valor abstrato, mas devem ser aplicadas de acordo com as necessidades de um país ou região. É imperativa uma política de descolonização epistemológica e tecnológica (tradução nossa)³ (Dussel, 2014).

Desta feita, faz-se necessário uma política de descolonização epistemológica que busque moldar os sistemas de conhecimento que, ao longo da história, beneficiaram os países colonizadores, bem como favoreça o respeito às diversas formas de saber.

Desde os primeiros contatos entre as nações colonizadoras e os povos colonizados, houve uma imposição dos conhecimentos, práticas e valores dos colonizadores em prejuízo das medicinas tradicionais locais, revelando hierarquias até hoje persistentes. A esse respeito, Guimarães *et al* sustenta que “No campo da saúde, o poder colonial se expressa por meio do complexo médico-industrial, estruturado basicamente em torno da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos [...]” (Guimarães *et al*, 2020, p. 8).

Nessa senda, a influência das potências coloniais ainda se faz sentir, dificultando a implementação de políticas de saúde eficazes e inclusivas, consoante abordagem que será traçada no tópico que segue.

³ La ciencia y la tecnología son ciertamente una mediación esencial para el desarrollo y la riqueza de un país, no sólo cuantitativa, sino cualitativa, pero deberían estar orientadas no con criterios meramente universales y abstractos de las potencias científicas y tecnológicas que han dominado la situación en el mundo moderno en los últimos cinco siglos. La ciencia y la tecnología no tienen un valor abstracto, sino que deben concretarse en las exigencias de un país o de una región. Es necesaria una política de descolonización epistemológica y tecnológica.



3. A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL E O EXERCÍCIO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, preceitua no artigo 1º que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (ONU, 1948). E, no que se refere à saúde, o artigo 25.1 da DUDH dispõe:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

No que tange à saúde, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, prevê em seu artigo 12 que “Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” (Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966).

Já o Protocolo de San Salvador, adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1988, prescreve no artigo 10 que “Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social” (OEA, 1988).

Vê-se que a saúde, como direito universal, está diretamente relacionada à dignidade da pessoa humana, posto que a ausência de saúde inviabiliza por completo a possibilidade de uma vida digna.

Além disso, nos termos da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946), o que demonstra que a saúde é indissociável da dignidade.

A dignidade da pessoa humana constitui um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, prevista no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal (Brasil, 1988). E a saúde, por sua vez, alcançou o status de direito fundamental,



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

consubstanciada no Título II da Carta Constitucional de 1988 como um direito social (Brasil, 1988).

Por se tratar de um direito social, ao Estado cabe a prestação dos serviços relacionados à saúde: “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, 1988). E por ser um direito fundamental que carece da existência de prestações sociais, exige-se do Estado políticas públicas que possibilitem o acesso de todos à saúde.

A Constituição da OMS, em igual sentido, afirma que “Os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos que só pode ser cumprida por meio do fornecimento de medidas sociais e de saúde adequadas” (OMS, 1946).

E, nesse diapasão, Oliveira e Costa consideram:

No que diz respeito ao Direito Social à Saúde, a aplicação do que corresponde ao mínimo existencial será através do caso concreto, deve haver um esclarecimento entre o que será excesso à prestação, posto que, o Direito à Vida Humana estaria em evidência, como também, a escassez de recursos públicos, bem como, os demais indivíduos que não necessitam especificamente de determinado tratamento.

As políticas sociais têm de garantir, pelo menos, a concretização do mínimo existencial e, à medida que esse mínimo for se efetivando, deve-se reavaliar o alcance das políticas para ir se aproximando, gradativamente, do ideal idealizado pela Constituição [...] (Oliveira e Costa, 2011, p. 94).

Acrescentam, ainda, que:

Não há como questionar que os Direitos geram um custo para Estado. Mas isto não significa que este pode se escusar do dever de possibilitar ao cidadão ter acesso a saúde. Portanto, a simples justificativa de que não há falta de recursos, sem uma fundamentação não é mais aceitável, pois se assim o fosse, bastaria o administrador afirmar que não há recursos para ficar livre do seu dever constitucional. [...]

Por ser um Direito Fundamental, o acesso a saúde é Direito de todos os cidadãos e dever do Estado, portanto, se há escassez de recursos, este Direito deve ser priorizado em detrimento de outros Direitos, que não têm o mesmo grau de fundamentalidade que fora concedido pela Constituição à saúde.

Além disso, o Direito à Saúde requer medidas urgentes não pode se prolongar no tempo, pois, a saúde está intimamente ligada ao bem maior que é a vida, portanto deve ser tal Direito concretizado o mais rápido possível,



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

pois o que está em jogo é a própria vida do ser humano (Oliveira e Costa, 2011, p. 95).

Dessarte, caberá ao Estado promover ações e políticas públicas que assegurem o direito à saúde, proporcionando um mínimo imprescindível para a concretização desse direito, haja vista que sem saúde não há vida digna.

A saúde como um direito universal pressupõe que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e sem distinções. Além disso, implica no tratamento médico ser disponibilizado sempre que necessário, promovendo a prevenção das doenças, investindo na educação em saúde e facilitando o acesso a medicamentos básicos, de modo a proporcionar melhores condições de vida.

Atingir o ideal de saúde universal implica no enfrentamento de barreiras como as disparidades econômicas e sociais que restringem o acesso das pessoas aos serviços de saúde, de forma que, para alçar a saúde como um direito efetivamente universal, há de promover políticas e ações de saúde pública eficazes.

Destaca-se do ensinamento de Azevedo *et al*:

O direito à saúde, de forma geral, pode ser considerado um direito humano *interdependente*, pois depende da consecução de outros direitos para a sua efetividade; o direito em questão mantém uma indivisibilidade com relação aos demais direitos, já que o respeito às suas normas dependem da efetiva aplicação de normas de diversos ramos do Direito como, por exemplo, dos direitos à educação; os socioculturais, o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, entre outros; além de se tratar de um direito *universal*, pois se apresenta como condição de vida digna para qualquer ser humano.

O direito à saúde é classificado como um direito humano de *segunda dimensão*, também chamados de socioeconômicos e culturais, que surgiram do impacto da industrialização e dos problemas sociais e econômicos do século XIX. Tais direitos surgiram efetivamente ao longo do século XX, como reivindicação dos excluídos a participarem do bem-estar social, reivindicando, por exemplo, direitos relacionados ao trabalho, à saúde e à educação etc. Nesse caso, exige-se uma postura positiva do Estado, a fim de que o mesmo promova e garanta tais direitos.

Em se tratando de direitos econômicos, sociais e culturais (que representam os direitos prestacionais em sentido estrito), Coimbra observa que o Estado que se empenha para realizar tais direitos não pode ser caracterizado como meramente assistencialista ou paternalista. Mas deve ser visualizado como um Estado do estar-digno, comprometido com a preservação da dignidade da pessoa humana de todos os seus membros e em todas as suas manifestações (Azevedo *et al*, 2014, p. 207).



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

Complementam Manenti e Ramidoff que:

O direito à saúde, assegurado por meio de prestações positivas por parte do Estado, configura-se como um instrumento para a salvaguarda do princípio da dignidade do ser humano. Apenas por esse motivo, resta comprovada a importância da sua observância tanto no que toca ao seu oferecimento por meio de políticas públicas que garantam o acesso da população quanto por meio de mecanismos que possibilitem seu usufruto (Manenti e Ramidoff 2018, p. 245).

O reconhecimento do direito de acesso universal à saúde pela Constituição implicou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que se traduz em uma política pública do Estado, de caráter permanente, cujo papel é gerenciar as ações e serviços de saúde no Brasil como autêntica garantia institucional fundamental (Brasil, 1990).

O artigo 4º da Lei n.º 8.080/1990 conceitua o SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 1990). Ainda, referida legislação determina que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990).

Nos termos da norma em comento, o SUS é de competência comum das três esferas governamentais, o que tende a facilitar não apenas a implementação de políticas públicas voltadas à saúde, mas também a alocação dos recursos orçamentários. O SUS deve ter a capacidade de realizar as ações relacionadas ao dever constitucional imposto ao Estado, de prestar assistência universal à saúde a toda sua população, seja de forma protetiva ou preventivamente.

Contudo, muito embora o SUS possa ser considerado um avanço no que se refere ao acesso à saúde pública, existem obstáculos que podem afetar a eficácia do sistema, tais como a má gestão de recursos, a falta de investimentos e a própria escassez de infraestrutura, que reflete diretamente no bom atendimento da população.

Nesse contexto, Souza *et al* faz o seguinte apontamento:



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

Se o reconhecimento constitucional do direito à saúde produziu resultados positivos, conforme demonstrado no tópico anterior, a garantia do direito à saúde está longe de ter sido alcançada no cotidiano da vida dos cidadãos, registrando-se a persistência e a emergência de problemas de saúde e de lacunas e falhas dos serviços, inaceitáveis em sociedades civilizadas (Souza *et al*, 2019, p. 2785).

À vista disso, o exercício do direito à saúde no Brasil está longe de ser ideal, eis que a configuração atual dos serviços de saúde é resultado de determinações estruturais que não foram superadas, de modo que o sistema de saúde poderia ser compreendido como orgânico a uma sociedade capitalista periférica e imersa em lutas de classes (Souza *et al*, 2019, p. 2785).

Dentre as ações do SUS está a dispensação de medicamentos, que nem sempre atende todas as demandas, haja vista que a realidade relacionada à produção de medicamentos é deficitária. E isso, como consequência de o país ter sido explorado como fornecedor de matérias-primas durante séculos, resultando em uma indústria farmacêutica subdesenvolvida e dependente da importação de insumos, conforme será trabalhado no tópico seguinte.

4. OS ENTRAVES DA PESQUISA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

O desenvolvimento farmacêutico brasileiro encontra muitas barreiras, as quais podem ser relacionadas com o processo de descolonização.

De um lado, países colonizadores que desenvolvem tecnologias locais e investem em infraestrutura industrial, reforçando a dependência externa das antigas colônias. De outro, falta de investimento nacional em ciência e tecnologia que dificulta o processo de pesquisa e desenvolvimento farmacêutico local, exigindo a importação de insumos e tornando o produto mais caro, obstaculizando o acesso da população à saúde, bem como a introdução de medicamentos na política pública em razão do preço elevado.

De acordo com a ABRADILAN (Associação Brasileira de Distribuição e Logística de Produtos Farmacêuticos), em pesquisa divulgada em 03 de abril de 2023, as cinco farmacêuticas mais valiosas do mundo são: Johnson & Johnson, com sede



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

em Nova Jersey, Estados Unidos, valor de mercado avaliado em US\$ 93,77 bilhões; Pfizer, com sede em Nova Iorque, Estados Unidos, valor de mercado avaliado em US\$ 81,29 bilhões; Roche, com sede em Basileia, Suíça, valor de mercado avaliado em US\$ 68,70 bilhões; AbbVie, com sede em Illinois, Estados Unidos, valor de mercado avaliado em US\$ 56,2 bilhões; e Novartis, com sede em Basileia, Suíça, valor de mercado avaliado em US\$ 51,63 bilhões (ABRADILAN, 2023).

Com isso, a carência de uma base que favoreça a pesquisa farmacêutica nacional é fruto de um legado de colonização, e a dependência de tecnologia e matérias-primas importadas coloca o Brasil em uma posição de vulnerabilidade, como as variações nas taxas de câmbio e as inseguranças políticas globais. Enquanto os países considerados de primeiro mundo fazem altos investimentos em ciência e tecnologia, o Brasil pouco investe, o que provoca o encarecimento dos medicamentos e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso da população.

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em notícia veiculada pela CNN Brasil, em 14 de abril de 2022, dos treze países analisados, o “Brasil ocupa penúltima posição no ranking de gastos públicos em saúde”⁴, colacionando-se:

Os gastos do governo com a saúde no Brasil, em comparação ao percentual do Produto Interno Bruto (PIB), correspondem à metade da média dos países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), analisados pelo IBGE. A Conta-Satélite de Saúde, pesquisa divulgada nesta quinta-feira (14) pelo órgão, mostra que, dos 13 países analisados, o Brasil ocupa a penúltima posição, atrás apenas do México.

Segundo o IBGE, as despesas do governo brasileiro com saúde em 2019 corresponderam a 3,8% do PIB do mesmo ano. A média dos países da OCDE é de 6,5%. A Alemanha é a que mais teve gastos na área, tendo despendido 9,9% de seu PIB para o setor no ano da pesquisa. Depois, aparecem França e Japão (9,3%), Reino Unido (8%), Canadá (7,6%), Suíça (7,5%), Austrália (6,5%), Colômbia (6%), Portugal (5,8%), Chile (5,7%) e Grécia (4,7%). Por último, estão o Brasil (3,8%) e o México (2,7%) (CNN Brasil, 2022).

O desenvolvimento e a assistência farmacêutica são apenas uma parte dos investimentos em saúde e no Brasil, face o baixo investimento na área, o paciente é

⁴ A fonte pesquisada menciona o termo “gasto público” ao se referir a investimento público no setor da saúde.



desprovido de acesso a medicamentos e inovações em saúde que há muito estão inseridos nos mercados dos países desenvolvidos, e já aprovados por agências internacionais, que poderiam assegurar melhor qualidade de vida e, até mesmo, curar doenças.

A ABRADILAN, em 15 de abril de 2024, divulgou pesquisa com “os dez países que mais produzem medicamentos”, da qual se destaca:

A lista dos dez países que mais produzem medicamentos no mundo apresenta um líder soberano e os gigantes asiáticos ainda engatinhando na tentativa de melhorar suas *performances*. O estudo foi desenvolvido pela consultoria Trillione Pharma.

O levantamento avalia o faturamento obtido pela indústria farmacêutica de cada nação com a fabricação de medicamentos. O *market share* dos Estados Unidos é de 40%, bem distante dos 11% da China e dos 8% do mercado japonês. Reconhecido produtor de insumos farmacêuticos ativos (IFAs), a Índia ainda patina com apenas 3%.

Estima-se que a indústria farmacêutica norte-americana movimente US\$ 2,8 trilhões por ano (R\$ 14 trilhões), com o impulso de duas estratégias em particular. Uma delas é o foco na inovação incremental de medicamentos, o que leva o País a deter impressionantes 45% de participação global nos aportes em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) (ABRADILAN, 2024).

Referido estudo mencionou os seguintes países que mais produzem medicamentos: Estados Unidos, China, Japão, Alemanha, França, Reino Unido, Índia, Itália, Espanha e Canadá (ABRADILAN, 2024).

No Brasil, a falta de incentivos fiscais, a carência de políticas públicas eficazes para fomentar a pesquisa farmacêutica nacional, a complexidade regulatória, e os altos custos de pesquisa e desenvolvimento, contribuem para um mercado dependente dos países desenvolvidos para suprir a demanda interna.

Consoante pontuado por Silva, “O Brasil foi tornando-se distante das empresas internacionais; pois já sofria do ‘gap tecnológico’ que pode ser atribuído às barreiras geopolíticas do ‘protecionismo hegemônico’” (Silva, 2019, p. 77).

Na mesma direção, Marini diz que “A industrialização latino-americana não cria, portanto, como nas economias clássicas, sua própria demanda, mas nasce para atender a uma demanda pré-existente, e se estruturará em função das exigências de mercado procedentes dos países avançados” (Marini, 2017, p. 340).



E, nessa mesma linha, Bezerra *et al* acrescenta que o atual contexto da modernidade dificulta a consolidação de políticas públicas no campo da saúde, haja vista que “[...] a lógica do capital que prioriza o consumo como categoria essencial [...] não faz sentido (ou não deveria fazer) quando se estruturam políticas públicas de saúde. Nessa lógica, o social fica subjugado pelo econômico [...]” (Bezerra *et al*, 2023, p. 10).

Sobre o assunto, Rodrigues e Vieira apontam que em razão do poder econômico, “[...] há uma grande assimetria entre países ricos e pobres no que tange ao domínio das etapas do processo produtivo na indústria farmacêutica, que concentra nos países desenvolvidos a habilidade para a inovação, [...]” (Rodrigues e Vieira, 2016, p. 4). Em razão disso, a perspectiva de lucro e domínio do mercado justifica o investimento financeiro pelas indústrias farmacêuticas, eis que a “[...] tecnologia está atrelada não aos anseios da sociedade, mas sim aos interesses privados dos grandes laboratórios farmacêuticos, subjugando as necessidades humanas aos imperativos do mercado” (Rodrigues e Vieira, 2016, p. 5).

Assim, em relação ao setor farmacêutico nacional, evidencia-se a dependência de países desenvolvidos ante a necessidade de importação de matéria-prima para a fabricação de medicamentos, ocasionando o aumento dos custos de produção e a dificuldade de o Brasil concorrer no mercado mundial.

Ademais, tem-se que considerar as desigualdades socioeconômicas, cuja origem remete à colonização do Brasil e, nessa toada, Carvalho considera que “Finda-se o colonialismo local, contudo, cria-se uma colonialidade mundial. Assim, questiona-se o mito da descolonização e a tese que a pós-modernidade nos conduz a um mundo desvinculado da colonialidade” (Carvalho, 2023, p. 26).

As disparidades de renda causam impactos diretos na saúde da população, influenciando na procura pelos serviços de saúde, bem como no acesso a medicamentos, que, consoante ressaltam Pitombeira e Oliveira:

As condições de saúde da população estão imbricadas à questão social, refletindo as condições de vida em que ela vive, e revelando em que medida o Estado apresenta-se (ou não) implicado no enfrentamento dessas questões. As desigualdades sociais constituem pontos de referência fundamentais para que se possa avançar na compreensão da vida humana,



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

tanto no que diz respeito à doença, à morbidade, à mortalidade, quanto sobre a saúde, a qualidade e a extensão da vida. [...]

Dessa maneira, é de grande importância compreender como as desigualdades presentes na organização social de cada sociedade são refletidas no estado de saúde da população, assim como no acesso dos serviços de saúde existentes, [...] (Pitombeira e Oliveira, 2020, p. 1703).

Assente nisso, as barreiras enfrentadas para que se alcance uma efetiva autonomia farmacêutica no Brasil estão diretamente relacionadas às desigualdades sociais e econômicas que permeiam a sociedade, e são oriundas da colonização.

A descolonização da saúde no Brasil mostra-se como um desafio que demanda a promoção de políticas inclusivas e estratégias de investimento em pesquisa, no intuito de avançar na construção de um sistema de saúde mais adequado à realidade local, pois não se trata de repelir o que há de bom em outras culturas, mas, sim, “[...] de olharmos ao nosso redor e dialogar com a nossa realidade, com a nossa história [...]” (Silva, 2019, p. 87), pois, só dessa forma será possível promover mudanças estruturais, como é o caso de prover o acesso a medicamentos considerando as necessidades da população.

5. CONCLUSÃO

Este artigo se propôs a analisar as barreiras enfrentadas pela indústria farmacêutica brasileira diante do processo de descolonização. O fim do colonialismo não trouxe um Brasil efetivamente descolonizado, e isso, em razão de que um dos principais obstáculos para que se alcance uma autonomia farmacêutica nacional é a dependência de tecnologias e insumos importados.

Essas dificuldades têm origem no processo de descolonização, que expõe as fragilidades e dependências estruturais da indústria farmacêutica brasileira, relacionados à produção e ao acesso de medicamentos.

Alçar a saúde como um direito humano é necessário, mas não é suficiente. É preciso repensar o modelo de desenvolvimento da indústria farmacêutica no Brasil, buscando meios de ultrapassar as barreiras impostas pela descolonização e, assim, promover a pesquisa farmacêutica local de forma eficaz.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

A dependência de tecnologias e matérias-primas de outros países restringe a capacidade de desenvolvimento nacional de medicamentos, elevando os custos de produção, e as diferenças socioeconômicas expressam a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Fazem-se necessárias políticas que promovam a pesquisa farmacêutica, de forma a incentivar o desenvolvimento nacional. E, como por exemplo, cita-se o investimento em tecnologias e insumos que contribuiria para promover a competitividade da indústria brasileira. Um outro exemplo seria viabilizar políticas públicas de acesso a medicamentos que concretamente garantam o direito à saúde de forma universal, fortalecendo o sistema e reduzindo as desigualdades no acesso aos medicamentos e tratamentos.

Assegurar o efetivo acesso universal à saúde implica na promoção de ações e políticas públicas em que toda a população tenha a oportunidade de receber tratamento médico especializado, medicamento adequado, atuando na prevenção das doenças e nos cuidados básicos, para a promoção do bem-estar físico e mental.

O processo de colonização do Brasil deixou marcas profundas no campo da saúde, influenciando sua história, sua estrutura social, suas práticas médicas, e refletindo nas disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços. Reconhecer e compreender essas influências é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e inclusivo para todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, André Luiz; OLIVEIRA, Danielle Candido de; RÜDIGER, Dorothee; ARAÚJO, Fausto de Moraes Rocha; DAL BOSCO, Maria Goretti; BIANCHI, Patrícia; MACHADO, Rita D' Cássia de Moraes. A implementação dos direitos humanos sociais: o caso da saúde pública, no Brasil. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, [S. l.], vol. 86, pp. 205-236, 2014.

BEZERRA, Patrícia Araújo; CAVALCANTI, Pauline; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. e33025, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rw4fht4QXGdWFnJhgTrwG5z/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2024.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 jun. 2024.

CARNEIRO, Saulo. Decolonialidade e farmacolonialidade: o caso da maconha no Brasil. **Revista Opinião Filosófica**, [S. l.], v. 14, pp. 1-15, 2023. Disponível em: <https://opiniaofilosofica.org/index.php/opiniaofilosofica/article/view/1068>. Acesso em: 09 jun. 2024.

CARVALHO, Heliel Gomes de. Colonialidade, decolonialidade e medicina na América Latina – Reflexões nos registros do Dr. James Fanstone. **Revista ETHNE**, [S. l.], v. 2, n. 1, pp. 22-49. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/ethne/article/view/9499/4913>. Acesso em: 10 jun. 2024.

CONHEÇA as dez farmacêuticas mais valiosas do mundo. **ABRADILAN**. 03 abr. 2023. Disponível em: <https://www.abradilan.com.br/mercado/conheca-as-dez-farmaceuticas-mais-valiosas-do-mundo/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CORSINI, Iuri; SOARES, Fernanda. Brasil ocupa penúltima posição no ranking de gastos públicos em saúde, segundo IBGE. **CNN Brasil**. 14 abr. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-ocupa-penultima-posicao-no-ranking-de-gastos-publicos-em-saude-segundo-ibge/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

DUSSEL, Enrique. Hacia la liberación científica e tecnológica. **América Latina em movimento - Ciencia, tecnología e innovación en la Integración suramericana**. Equador, n. 493, pp. 3-7, 2014. Disponível em: <https://www.alainet.org/es/articulo/85922>. Acesso em: 08 jun. 2024.

ESTUDO traz os dez países que mais produzem medicamentos. **ABRADILAN**. 15 abr. 2024. Disponível em: <https://www.abradilan.com.br/medicamentos/estudo-traz-os-dez-paises-que-mais-produzem-medicamentos/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

GROSGOUEL, Ramon. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Ed. Almedina, 2009, cap. 11, pp. 383-417. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Epistemologias%20do%20Sul.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2024.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

GUIMARÃES, Maria Beatriz; NUNES, João Arriscado; VELLOSO, Marta; BEZARRA, Adriana; SOUSA, Islândia Maria de. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 1, p. e190297, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B4xk3VVgGdNcGdXdH3r4n6C/?lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2024.

MANENTI, Mirella Fiorença da Silva; RAMIDOFF, Mário Luiz. Direito à Saúde. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, [S. l.], vol. 110, pp. 245-262, 2018.

MARINI, Ruy. Mauro. Dialética da Dependência. **Germinal: marxismo e educação em debate**, [S. l.], v. 9, n. 3, pp. 325-356, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>. Acesso em: 10 jun. 2024.

NUNES, João Arriscado; LOUVISON, Marília. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 3, p. e200563, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8XdsBw8dwhVQfr7B4ccBvVH/#>. Acesso em: 07 jun. 2024.

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. Direito à saúde: Da (in)efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. **Revista de Direito Brasileira – RDB**, [S. l.], v. 1, n. 1, cap. 3, pp. 77-98, 2011. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2678/2572>. Acesso em: 09 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “Protocolo de San Salvador”**. 1988. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/basicos/sansalvador.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Feito na cidade de Nova Iorque em 22 de Julho de 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 09 jul. 2024.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)**. Adotado pela Resolução n.º 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, pp. 1699-1708, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/?lang=pt#>. Acesso em: 14 jul. 2024.

RODRIGUES, Adriane Bandeira; VIEIRA, Reginaldo de Souza. A tecnologia na indústria farmacêutica e as doenças negligenciadas: Uma análise preliminar acerca do surto do vírus ebola. **Espacios**, Venezuela, v. 37, n. 04, p. 11, 2015. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n04/16370411.html>. Acesso em: 08 jun. 2024.

SEVALHO, Gil. Contribuições das críticas pós-coloniais e decoloniais para a contextualização do conceito de cultura na Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00243421, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hMRhThpQfv6zXcRS3qJgnbS/#>. Acesso em: 07 jul. 2024.

SILVA, Roberta Dorneles Ferreira da Costa. **Da ideologia da inovação à “inovação” da ideologia: descolonizando o sistema que impõe as patentes de medicamento**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/handle/1/4518>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes; BAHIA, Lígia; GUIMARÃES, Reinaldo; ALMEIDA FILHO, Naomar de; MACHADO, Crisitani Vieira; CAMPOS, Gastão Wagner; SILVA, Gulnar Azevedo e. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 8, pp. 2783-2792, atrás. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt#>. Acesso em: 07 jun. 2024.