

# **A Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo: Avocar ou Delegar?**

**The Foundation for Popular Medicine of the State of São Paulo: Avocar or Delegar?**

**Bruno Chancharulo de Barros<sup>1</sup>**

**Renata Salgado Leme<sup>2</sup>**

**Renato Braz Mehanna Khamis<sup>3</sup>**

**RESUMO:** Trata-se de trabalho original que busca examinar as possíveis contradições dos interesses público e privado na hipótese de privatização da Fundação para o Remédio Popular (Furp) “Chopin Tavares de Lima” do Estado de São Paulo. A pesquisa é de cunho exploratório e descritivo, fundada em levantamento bibliográfico e documental, valendo-se da análise de legislação, doutrina e artigos científicos disponíveis em meio físico e digital. Importante frisar que o avanço do setor privado por meio da Parceria Público-Privada (PPP), na administração do acesso ao medicamento pela população, contradiz a primazia da saúde universal, ou seja, o sistema público de saúde que presta assistência e proteção financeira a toda a população e, também, resulta no enfraquecimento da Política Nacional de Medicamentos frente às estratégias de enfrentamento das crises epidemiológicas. Sendo assim, a Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo, visando maximizar a eficiência do acesso ao medicamento pela população, em respeito aos princípios insculpidos na Carta Magna, deve-se manter sob a égide da administração direta do Estado.

**PALAVRAS-CHAVES:** Saúde. Medicamento. Público. Privado. Fundação.

**ABSTRACT:** *An original work seeks to examine the possible contradictions of the public and private interests in the case of privatization of the Foundation for Popular Medicine (Furp) “Chopin Tavares de Lima” in the State of São Paulo. The research is exploratory and descriptive, based on a bibliographic and documentary survey, drawing on the analysis of legislation, doctrine and scientific articles available in physical and digital media. It is important to note that the advancement of the private sector through the Public-Private Partnership (PPP), in the management of access to medicines by the population, contradicts the primacy of universal health, that is, the public health system it serves. and financial protection for the entire population and results in the weakening of the National Medicines Policy when facing epidemiological crises. Therefore, the Foundation for Popular Remedy of the State of São Paulo, qualified as the effectiveness of access to medicines by the population, respecting the principles inscribed in the Magna Carta, must remain under the aegis of the direct administration of the State. .*

**KEYWORDS:** *Health. Medication. Public. Private. Foundation.*

---

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, da Universidade Santa Cecília (Unisant). Pós-Graduando do Programa *Lato Sensu* em Direito Público na Faculdade Legale (Falegale). Aprovado no XXVIII exame da OAB (2019). Integrou o Programa Institucional de Iniciação Científica pela Universidade Paulista (UNIP). Graduado em Direito pela Universidade Paulista (UNIP).

<sup>2</sup> Advogada, Doutora e Mestre em Filosofia e Teoria Geral do Direito pela Universidade de São Paulo. Graduada em Direito pela Universidade Católica de Santos. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas da Universidade Santa Cecília. Professora da Graduação de Direito das disciplinas Filosofia Jurídica e Direitos Humanos da Universidade Santa Cecília. Autora da obra “Sociologia aplicada ao Direito” (Rio de Janeiro: Editora Forense). Membro da Comissão de Direito da Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), subseção Santos.

<sup>3</sup> Professor Permanente do Programa de Mestrado em Direito à Saúde da Universidade Santa Cecília (Unisant), Santos, São Paulo. Mestre e Doutor em Direito do Estado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa “A efetividade dos direitos fundamentais e a efetivação do direito à saúde”.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar as possíveis contradições dos interesses público e privado na hipótese de privatização da Fundação para o Remédio Popular (FURP) “*Chopin Tavares de Lima*” do Estado de São Paulo.

O estudo desenha-se a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva, com base em levantamento bibliográfico e documental, valendo-se da análise de legislação, doutrina e artigos científicos disponíveis em meio físico e digital.

O tema ganhou evidência após a fundação integrar a pauta da Assembleia Legislativa de São Paulo – Alesp, em 2019, num projeto que amparava a possibilidade de se instituir uma parceria público-privada, juntamente com outros institutos e fundações do Estado. O plano de ajuste fiscal com a defesa desta proposta foi encaminhado à Assembleia Legislativa pela a atual administração do Governo do Estado de São Paulo.

Trata-se de pesquisa relevante, à medida que a crise sanitária mundial da Covid-19 e o iminente colapso do sistema de saúde brasileiro (SUS) têm aprofundado as vulnerabilidades da população e, conseqüentemente, impulsionado o aumento da demanda por remédios, insumos hospitalares e estruturas científicas frente à escassez de vacinas no país.

Nota-se que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo (CRF-SP), posicionaram-se contrariamente ao projeto de ajuste fiscal, que incluía a FURP-SP no rol de possíveis concessões, bem como recomendaram que o interesse privado jamais se sobrepusesse ao interesse público. Além disso, as mencionadas entidades ainda afirmaram que a defesa da extinção da fundação também se colocaria na contramão das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se que a FURP-SP foi retirada do plano de ajuste fiscal, todavia, o presente artigo se propõe analisar a hipótese da aprovação da concessão público-privada de uma fundação com tamanha relevância social.

### 1 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM).

O movimento da reforma sanitária na década de 1980 inaugurou uma nova configuração para a saúde pública, ao consagrar que a saúde é um direito humano fundamental e estabelecer como papel do Estado garanti-la, bem como promover o acesso universal aos bens e serviços de saúde, mais tarde, elencado na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196:

“A saúde é o 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 a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL.1988).

Nota-se que o Estado é o responsável pela fomentação da saúde pública no país, sendo o principal agente implementador, em que pese realizar concessões. A política econômica do bem-estar social ou Welfare State, propiciou a implementação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) conforme pontuam:

“[...] Caracteriza-se por tentar conciliar democracia e capitalismo, sendo assim, o Estado atuava como agente protetor e interventor em todas as áreas da sociedade”. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

Ressalta-se que o Estado de Bem-estar Social, instituído pela Constituição cidadão de 1988, efetivou a política expansionista e de manutenção dos direitos sociais por meio da inauguração das diretrizes do SUS e do desenvolvimento da Política Nacional de medicamentos.

No entanto, a partir de meados de 1995, iniciou-se um processo de reforma do Estado que defendia a redução das funções estatais nas políticas públicas, ou seja, as reformas sanitárias fomentadas pelos movimentos das décadas anteriores estavam nitidamente ameaçadas. A reforma de Estado visava à reestruturação dos serviços de saúde com ênfase no mercado, transformando os princípios universalistas e de acesso gratuito a toda população, agora, sob a diretriz mercadológica (o setor da saúde abriu-se para a exploração econômica lucrativa), bem como, inovaram com a proposta do terceiro setor.

Não obstante, os conflitos de interesses públicos foram acentuados com as reformas de Estado norteados após reunião do Consenso de Washington. A Portaria GM nº. 3.916/98 aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), inaugurando um dos elementos centrais para a efetivação das diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), onde também se encontra inserida. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

Na década de 1970, no auge do regime militar, todas as ações em relação ao fornecimento e fabricação de medicamentos foram centralizadas no governo federal, com a criação de um órgão específico, a Central de Medicamentos (CEME), em 1971, com base na segurança pública. Todavia, a CEME, não conseguiu na prática desenvolver a proposta inicial da sua criação, muito pelo contrário, como pondera Kornis (2008): “[...] *os conflitos entre o setor estatal e o setor público, resultado de uma dificuldade na produção de um consenso entre os atores políticos, foram se avolumando e acabaram por trazer uma hegemonia da perspectiva privatista*”, mais tarde, projetou-se como um órgão burocrático, desorganizado e com grandes focos de corrupção.

Destarte, somente nos anos 90, mais precisamente em 1997, como resultado de problemas técnicos administrativos, ocorreu a extinção da CEME (Kornis. 2008), como menciona também o autor Joncheere (1997) acerca da função da CEME na década de 70 e 80:

“[...] em razão do poder de compra do povo ser limitado, o setor privado limitou-se a promover medicamentos para as classes média e alta urbanas e o estado assumiu a responsabilidade de adquirir, distribuir e dispensar os medicamentos pela Central de Medicamentos (CEME), para o restante da população. Ao longo dos anos, a CEME não cumpriu seu papel apresentando grandes problemas de ineficiência, liquidez, corrupção, incapacidade gerencial etc”.

Na metade da década de 90, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Básica (PFB) que, na prática ofertava medicamentos para a atenção primária e, como resultado, abrangeu mais especialidades farmacêuticas com a distribuição trimestral de um conjunto fixo de 32 produtos farmacêuticos para municípios de pequeno porte com até 21 mil habitantes.

Ressalta-se que os Institutos e laboratórios oficiais participaram ativamente na produção e processamento, sendo exemplos, o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos), da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE), a Fundação para o Remédio Popular (FURP) de São Paulo e a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) de Minas Gerais. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

Não obstante, Santos (2002) pondera que esse programa não considerou algumas questões centrais do processo saúde – doença, conforme menciona:

“[...] as distintas classificações das doenças e as diferenças estruturais de um país de dimensões continentais, a baixa cobertura terapêutica horizontal do conjunto de fármacos, os programas em realização pelos governos estaduais e a importância da população dos municípios com mais de 21 mil habitantes, dentre outras”.

O entrave com a CEME, extinta em 1997, resultou numa lacuna na política nacional de medicamentos, mesmo com o projeto piloto do Programa Farmácia Básica obtendo bons resultados, ainda não supria as necessidades de um país continental. As ações de medicamentos tornaram-se fragmentadas e desarticuladas em relação à assistência farmacêutica em nível federal, cabendo aos diversos órgãos do Ministério da Saúde a execução dessas ações, bem como promoveu uma ruptura na responsabilidade da oferta de alguns produtos básicos, pois não houve planejamento estratégico para o processo de descentralização do financiamento e para a gestão da assistência farmacêutica no Brasil. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

Nota-se que para o Estado avocar a política nacional de medicamentos nas diretrizes do SUS é intrínseco a observância de alguns fatores, como pondera Bermudes (1997):

“[...] deve considerar três dimensões distintas [...] o Estado, a própria indústria e a sociedade, por outro, também fica claro que a política de medicamentos envolve aspectos relacionados com a política de saúde e a política industrial. Estas políticas se encontram baseadas em diretrizes nem sempre compatíveis, mas em muitas oportunidades conflitantes entre si”.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi pioneira em políticas setoriais a serem regulamentadas no Brasil. Finalmente, chegou-se ao ponto em que os princípios e diretrizes pretendiam contribuir para, entre outras ações, ampliar o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais e torná-lo universal. Não obstante, em 1999, houve a aprovação da Lei nº. 9.787, estabelecendo os medicamentos genéricos e definindo o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Destarte, foi estabelecido e definido o papel legal para a introdução de medicamentos genéricos no país, assegurando a oferta de medicamentos de qualidade e baixo custo no mercado, além disso, fomentando o acesso da população a estes medicamentos. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

A aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF (Brasil, 2004), integrante da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Observa-se, conforme as autoras:

“[...] todas as iniciativas tomadas no sentido de garantir maior promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como foco, envolvem uma complicada articulação entre os setores que inclui desde a pesquisa, desenvolvimento e produção, bem como as etapas das relacionadas à garantia de que a população terá acesso a um produto (medicamento) de qualidade e em quantidade suficiente, sendo categoricamente previsto na PNAF [...]”. (Alves; Paula; Vieira e Souza. 2009).

Nota-se que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi fruto da conjuntura política e econômica na qual integrou o processo histórico da conquista dos direitos sociais no Brasil. Diante de uma desarticulada e desastrosa política Nacional de medicamentos com a extinta CEME, portanto, houve a urgência de respostas acerca da rearticulação dos agentes políticos sob as novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo o Estado o papel dirigente desta função, o que culminou na criação e desenvolvimento da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

## 2 MODELO DE GESTÃO

A Constituição de 1988 foi uma conquista para toda a sociedade civil, ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS) orientado pelos princípios da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade e que prevê a atenção em todas as esferas: a primária, secundária e a terciária. O Plano Nacional de Medicamentos está inserido no SUS.

As reformas do Estado, implementadas a partir da década de 1990, estimuladas pelo movimento internacional, expandiram-se principalmente nos países da América Latina com experiências na área da administração pública. No Brasil, os novos modelos privados jurídico-administrativos obedeceram às figuras da administração indireta, ou seja, autarquias, empresas públicas, fundações de direito privado, que ofertavam apoio à administração direta e, recentemente, as organizações sociais (Terceiro Setor), de acordo com autores Ibañez e Neto (2007):

“Em 1995, foi lançado pelo Ministro Bresser Pereira o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual buscou, na realidade, criar figuras novas no terceiro setor, as quais deveriam se transformar em espaço público não estatal. Foram criadas pelas Leis nº. 9.637 de 1998, 9.790 de 1999 as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de interesse público, ao lado das Agências Executivas (Lei nº. 9.649)”.

As reformas, capitaneadas pelo ex-ministro Bresser Pereira inaugurou o avanço do setor privado na exploração das áreas sociais como a saúde, educação, cultura etc. Todavia, essa visão “não lucrativa” que o setor privado projeta para a sociedade civil mostrou-se contraditória, pois há casos fáticos de irregularidades, desvios de finalidade e reiteradamente o superfaturamento praticado pelos gestores. (IBAÑEZ; NETO. 2007)

Insurgem-se as críticas ao ex- Ministro acerca da Reforma de Estado, foi a de levar muito mais para o terceiro setor (privatização) sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, em vez de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública, de acordo com o Autor Ibañez e Neto (2007):

“[...] a organização social é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos. Esta surgiu pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde [...]. A continuidade das atividades seria supervisionada por órgão da Presidência da República, com registro formal da organização social após a qualificação proposta pelo ministro de Estado da área correspondente e aprovação do presidente da República”.

Destarte, há um instrumento básico no qual a administração gerencial seria vinculada através do contrato de gestão entre o poder público e a organização social, com previsão de multas, prestação de contas, processos de fiscalização, resultados, modelo de estrutura e outros; ou seja, o terceiro setor, monitorado pela administração pública, esse último em especial, possui a obrigatoriedade na prestação de serviço público previsto na Constituição Federal e regulamentado por legislação infraconstitucional. (IBAÑEZ; NETO. 2007).

Notadamente, há modalidades da administração público-privada normatizadas pelo ordenamento jurídico brasileiro, como: Parceria Público-Privada (PPP). A administração

pública pode se subdividir em dois grupos: aquele em que o Estado se encontra em status de igualdade com o particular e aquele em que o poder público detém atributos diferenciados, para proteção do interesse público envolvido na contratação.

O contrato Parceria Público-Privada (PPP) foi regulamentado, em âmbito federal, pela Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004, que instituiu as normas gerais para a licitação e contratação público-privada, conforme mencionam:

“Conforme previsto em lei, a PPP é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa, de modo que a primeira categoria se refere à concessão de serviços públicos ou de obras públicas, quando envolver adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. Por sua vez, a concessão administrativa consiste no contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens”. (MASTROBUONO; CORONA; SANTOS. 2019).

Ressalta-se que as concessões patrocinadas são concessões de serviços públicos cuja remuneração do concessionário é formada por tarifas e contraprestações públicas, podendo contar também com a exploração de receitas acessórias. (MASTROBUONO; CORONA; SANTOS. 2019)

Há o retrato dos problemas contemporâneos que permeiam a PPP, pois existe um descompasso entre o discurso da “desburocratização” e a ideia de administração pública eficiente e os preceitos de “procedimentalização” como mecanismos de fortalecimento da impessoalidade nas relações da administração, baseando-se a PPP em alguns entraves: 1) adequada instrução do processo licitatório, 2) esclarecimentos ao edital, 3) dificuldades decisórias dos gestores governamentais e 4) necessidade de aprimoramento dos instrumentos orçamentários. (MASTROBUONO; CORONA; SANTOS. 2019)

Destarte, o equívoco quanto à “desburocratização” poderia ser apresentado por procedimentos de boas práticas de gestão e como forma de fortalecimento da impessoalidade e do princípio da publicidade dos atos administrativos, portanto, o fortalecimento dos setores sociais sob administração pública ao invés da privatização dos serviços. (MASTROBUONO; CORONA; SANTOS. 2019).

### **3 A FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR (FURP) E OS IMPACTOS SOCIAIS**

A Fábrica para o Remédio Popular (FURP) é um marco histórico na saúde pública brasileira. A necessidade de controlar as taxas de doenças epidemiológicas demandavam maiores esforços das políticas de saúde pública, visando uma produção de larga escala, uma indústria com capacidade de alta produção medicamentosa e desenvolvimento tecnológico em pesquisa, sendo assim, o surgimento da FURP-SP, conforme menciona Santos (1996).

“[...] desenvolveu um programa piloto de produção de medicamentos, utilizando um laboratório precursor” que, em apenas 40 dias, permitiu fabricar 1 milhão de comprimidos tuberculostáticos, 400 mil analgésicos e antitérmicos, 50 mil antibióticos e quimioterápicos, 2 mil frascos de 500 ml de vitamina C, 35 mil ampolas de 2 ml de analgésicos antipiréticos, 5 mil ampolas de 10 ml de bicarbonato de sódio, 80 mil ampolas de água para injeção, 6 mil envelopes plásticos de 145 g de reidratante hospital [...] 4

milhões de comprimidos de fluoreto de sódio, 12 mil bisnagas de pasta vitaminada [...]”.

Em seus primeiros 40 dias, permitiu uma produção de larga escala nunca vista antes, ou seja, a Fábrica mostrou o potencial e relevância para a sociedade civil. A fundação nasceu da vontade de um conjunto de professores da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade de São Paulo, apoiada no idealismo de um pesquisador, o Professor Tarcilio Almeida Neubern de Toledo, acatada pelo Governo do Estado na gestão de Roberto Costa de Abreu Sodré, portanto através da Lei nº, 10.071/68, publicada no Diário Oficial do Estado, o Poder Executivo fica autorizado a instituir a FURP, com o lema de “*uma fundação que se regerá por esta lei, pelas normas civis, por seu estatuto e com finalidades discriminadas [...]*”.

A FURP foi inaugurada com o Estatuto pré-determinando suas funções, dentre elas: 1) Fabricar medicamentos e produtos afins; 2) Realizar pesquisas concernentes à suas finalidades; 3) Fornecer medicamentos aos órgãos de saúde pública e de assistência social do Estado e de outras entidades públicas [...]; 4) Proporcionar treinamento a estudantes e técnicos especializados para as suas finalidades, estando todos elencados em seu artigo 2º na Lei nº. 10.071, bem como, importante destacar o Parágrafo 4º na qual menciona “A Furp fará convênio, quando necessário, com organizações nacionais e internacionais para alcançar os seus objetivos”. (SANTOS. 1996).

Trata-se, portanto, de uma entidade com dimensões internacionais para a aquisição e negociação de insumos e revendas, além disso, a fundação deve colaborar com órgãos de saúde pública e da assistência social Estaduais, Federais e Municipais com previsão de instalar postos de fornecimento direto ao público onde não existam. Ressalta-se que, os medicamentos fornecidos pela fundação são feitos por preço correspondente ao de custo industrial. (SANTOS. 1996).

No início da década de 70, a fundação apresentava resultados significativos, sendo eles, Santos (1996) menciona:

”[...] A maioria desses produtos destinava-se ao tratamento de tuberculose, hanseníase e meningite, bem como à prevenção do cólera. Segundo o Relatório da FURP, no auge da epidemia de meningite, daquele ano, os laboratórios privados não estavam mais em condições de atender a demanda ao preço registrado junto ao Governo. A FURP pôde fazê-lo, proporcionando uma economia de US\$ 756 mil aos cofres públicos [...]”.

Nota-se que o diferencial de preços dos medicamentos produzidos pelo setor privado e o nível de preços que poderia ser obtido através da produção pelo setor público, no qual somente a FURP dispunha para proporcionar em uma epidemia de meningite, sendo essas, as ações visando à saúde coletiva.

Não obstante, ainda na década de 70, mais precisamente em 1975, a empresa mostra uma elevação substancial do faturamento (98,8%), da produção (269,6%), dos funcionários ligados à produção (86,9% pela média anual) e da produtividade (97,7%), bem como o número da cartela de clientes ultrapassou de 74 em 1974 para 130 em 1975, crescendo 75,5%. E, finalmente, em 1975 atingiu 301 para 486 clientes em 1977. (SANTOS. 1996).

O relatório de 1983 aponta o excepcional crescimento da produção, produtividade e faturamento da empresa, dando ensejo à obtenção de novos equipamentos. Ressaltando, ainda, em 1979, “*a empresa apresentou altos índices de liquidez ou acumulação de recursos com a finalidade de construir um novo laboratório próprio [...]*”. (SANTOS. 1996).

Destarte, em 1985, é o ano no qual a FURP teve que se consolidar em novas instalações, uma nova sede com equipamentos modernos da época e ainda assim, obteve resultados promissores, conforme Santos (1996) destaca:

“- a produção física cresceu 20,3% atingindo 805 milhões de unidades farmacêuticas e aumentando a produtividade – trabalhadores.

- O faturamento saltou de US\$21,2 milhões em 1984 para US\$ 33,3 milhões em 1985 aumentando a participação dos clientes diversos de 22,34 % para 26,29%”.

A fundação (FURP) introduziu 11 novos produtos na linha, em 20 formas farmacêuticas, comprometeu-se a fornecer medicamentos junto aos 350 Centros de Saúde e hospitais da Região Metropolitana de São Paulo. Ressalta-se, também, que iniciou a produção de saneantes hospitalares destinados ao controle de infecções hospitalares. (SANTOS. 1996).

Dentre os aspectos importantes que a FURP inaugurou no setor de medicamentos está a redução de preços nos insumos adquiridos via licitação, adotando uma melhor política de administração de estoques da própria fundação. Todavia, em 1993, a empresa consegue aumentar sua produção em 45,4% atingindo 703 mil unidades farmacotécnicas, e o relatório de 1993, mencionou que a produção, produtividade e vendas bateram todos os records registrados na história da fundação (Relatório Anual da FURP, 1993:1). (SANTOS. 1996).

A FURP, somente em 1994, operou com cerca de 70% de capacidade ociosa, e mesmo incorporando aos preços da FURP, os impostos que incidem, os preços comparados com a iniciativa privada para a maioria dos produtos pesquisados são da ordem de 100% de disparidade. A fundação sinalizou durante as décadas a importância do setor em termos de custo de uma eventual política assistência farmacêutica, se comparada com os laboratórios privados, bem como a possibilidade de cobrir preços que não são atrativos para esses, porém de relevância para a população, como no caso da epidemia de meningite.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados compilados pela pesquisa revelam a importância da Política Nacional de Medicamentos (PNM) sob a égide dos princípios instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Notadamente, o processo de violação dos princípios norteadores do SUS - Universalidade, Equidade e Participação Social – foi iniciado com a política de Reforma do Aparelho do Estado, deflagrada ainda na década de 90.

Nota-se que a Reforma do Estado abriu espaço para que setores privados passassem a explorar a saúde como atividade de gestão, seja na modalidade com fins lucrativos ou sem fins lucrativos, através do terceiro setor.

Destaca-se que também houve o afastamento da sociedade civil para o planejamento da saúde regional e local, inclusive, com relação à fabricação e o fornecimento de medicamentos pela administração direta, cujas políticas públicas outrora eram reiteradas em audiências abertas ao público e aos especialistas.

Além disso, observa-se que a Fundação para o Remédio Popular – FURP possui um papel decisivo tanto para promover o acesso da população à saúde quanto para desenvolver ações públicas na contenção de surtos epidemiológicos.



Ressalta-se que a Fundação, ao longo da sua existência, foi a única instituição no país que manteve a fabricação de medicamentos para o tratamento da epidemia de meningite, enquanto os laboratórios privados não manifestaram interesse na produção destes fármacos.

A partir da análise dos relatórios anuais, observa-se que a FURP-SP não apenas cumpriu o papel social de nacionalizar a política de medicamentos, mas também de instalar postos diretos para tal e, ao longo de décadas, divulgou inúmeros relatórios que demonstraram a sua lucratividade.

Importante frisar que o avanço do setor privado, através da Parceria Público-Privada (PPP) no setor da saúde, na administração do acesso da população aos medicamentos, contradiz a primazia da saúde universal, ou seja, o sistema público de saúde que presta assistência e proteção financeira a toda a população e, também, resulta no enfraquecimento da Política Nacional de Medicamentos frente às estratégias de enfrentamento das crises epidemiológicas.

Sendo assim, a Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo, visando maximizar a eficiência do acesso aos medicamentos pela população, em respeito aos princípios insculpidos na Carta Magna, deve-se manter sob a égide da administração direta do Estado.

## REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J.A.Z. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. (Org). A construção da política de medicamentos. São Paulo. Hucitec, 1997. p.381.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Dispõe sobre normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Lei Federal nº. 11.079 de 30 de Dezembro de 2004.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Lei Federal nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; Senado Federal. 1990.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 338 06 de maio de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. São Paulo: CNS participa de audiência contra a extinção ou privatização da Fundação para o Remédio Popular. 2019. Acesso em:<<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/870-sao-paulo-cns-participa-de-audiencia-contra-a-extincao-ou-privatizacao-da-fundacao-para-o-remedio-popular>>: 26 de Maio de 2019.

CORONA, M. L. P.; MASTROBUONO, C. M. W. e SANTOS, B. M. d. P. Público-Privado. Volume II. Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, 2019. Acesso em :<[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibl](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibl)

[i\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev\\_PGE-SP\\_n.89.pdf#page=53](#)>: 22 de Maio de 2021.

DURAN, Pedro. Governo Doria desiste de privatizar 4 empresas e tenta avançar ajuste fiscal – Anúncio das concessões feitas pelo governo vem depois de sucessivas derrotas no plenário da Assembleia Legislativa. 2020. Acesso em:<<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/10/08/governo-doria-desiste-de-privatizar-4-empresas-e-tenta-avancar-ajuste-fiscal>>:26 de Maio de 2021.

IBAÑEZ, N. e NETO, G. V. **Modelos de gestão e o SUS**. 2007. Acesso em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000700006&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000700006&script=sci_arttext&tlng=es)>: 26 de Maio de 2021.

JONCHEERE, K. A necessidade e os elementos de uma Política Nacional de Medicamentos. In: Bonfim, J.R.A.; MERCURRI, V.L. (Org). A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 381.

KORNIS, G.E.M.; BRAGA, M.H.; ZAIRE, C.E.F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). Revista de Atenção Primária em Saúde, Juiz de Fora, v.11, n.1, p. 85-99. janeiro-março. 2008.

PAULA, P. A. B. d.; ALVES, T. N. P.; VIEIRA, R. d. C. P. A. e SOUZA, A. a I. S. d. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. Acesso em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400011&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400011&script=sci_arttext)>: 26 de Maio de 2021.

SANTOS, G. F. d. Política de Assistência Farmacêutica e o Setor Produtivo Estatal Farmacêutico: o caso da fundação para o remédio popular de São Paulo – FURP. Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Economia. Campinas. 1996. Acesso em :<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/285381/1/Santos\\_GabrielFerratodos\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/285381/1/Santos_GabrielFerratodos_D.pdf)>: 26 de Maio de 2021.