

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

Rosana Isabel dos Santos

**CONCEPÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia – Área de Concentração Fármaco-Medicamento - da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Farmácia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marení Rocha Farias

Florianópolis  
2011

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Rosana Isabel dos  
Concepções de assistência farmacêutica no contexto  
histórico brasileiro [tese] / Rosana Isabel dos Santos ;  
orientadora, Marení Rocha Farias - Florianópolis, SC, 2011.  
172 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Farmácia.

Inclui referências

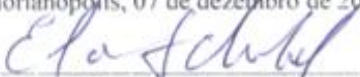
1. Farmácia. 2. Assistência farmacêutica. 3. Políticas  
públicas . 4. Serviços farmacêuticos. I. Farias, Marení  
Rocha. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Farmácia. III. Título.

**Rosana Isabel dos Santos**

**“CONCEPÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO  
CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO”**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC.

Florianópolis, 07 de dezembro de 2011.



Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC

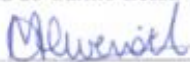
**Banca Examinadora:**



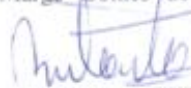
Prof.ª Dr.ª Maren Rocha Farias (UFSC - Orientadora)



Prof.ª, Dr.ª Maria do Carmo Lessa Guimarães (UFBA – Membro Titular)



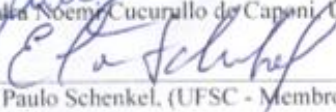
Prof.ª Dr.ª Margô Gomes de Oliveira Karnikowski (UNB – Membro Titular)



Prof. Dr. Mauro da Silveira de Castro (UFRGS Membro Titular)



Prof.ª Dr.ª Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (UFSC (Membro Titular)



Prof. Dr. Eloir Paulo Schenkel, (UFSC - Membro Titular)



Ao meu pai, por ter-me transmitido o prazer da leitura e do estudo e por seu exemplo de caráter e coerência, e à minha mãe, que fez de suas fragilidades a sua fortaleza, por seu exemplo de perseverança.



## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, pelo financiamento do projeto *Desenvolvimento de metodologias para a avaliação da assistência farmacêutica no setor público brasileiro*, dentro do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT-DAF 54/2005, por meio do qual foi possível estabelecer contato com importantes pesquisadores da área, cuja contribuição foi fundamental para o direcionamento desse trabalho.

À Marení Rocha Farias, por sua orientação e, principalmente, por sempre ter-me feito crer ser possível.

Às minhas colegas “preferidas” Celinha, Eliana e Silvana, que valentemente continuaram “carregando o piano”.

Aos professores Marco Da Ros e Sandra Caponi, pelas sugestões.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, pelos ensinamentos.

À Joslene Barreto e Rodrigo Alexandre, pela pronta disposição em sempre colaborar e pelo material cedido.

Ao Professor Edson Perini, da UFMG, e ao Professor Eloir Schenkel, da UFSC, também pela gentileza em ceder material bibliográfico.

À Professora Maria do Carmo Lessa Guimarães, da UFBA, pelas conversas, sugestões e críticas extremamente produtivas.

Aos colegas da Farmácia Escola, Aline, Marina, Karine, Alexandre, Márcio, Mariela e Fabi, pela força e carinho.

Aos colegas de todos os momentos, Luciano, Carine, Marcelo, Fernanda e Fabíola, por todos os momentos.

Aos colegas e amigos Norberto, Miguel e Ronald, por me situarem no mapa.

Aos demais colegas e amigos do Departamento de Ciências Farmacêuticas e Centro de Ciências da Saúde, pelo apoio.

Ao Dr. Alexandre Mateus, Dr. Rubens Zanella e à Anne Pflüger por seu profissionalismo carinhoso, que fez toda a diferença.

Às “queris”, pela felicidade de nosso reencontro!

À minha família, em especial à minha mãe, pelo amparo quando eu mais precisei.





A realidade que a pesquisa pretende conhecer permanece sempre mais rica do que a teoria que a ela se refere. (Miriam Limoeiro Cardoso, 1971)



## RESUMO

O trabalho analisa diferentes concepções subjacentes ao termo “assistência farmacêutica”, bem como o contexto histórico no qual cada concepção se insere. Até o início do século XX, enquanto prática, assistência farmacêutica teria correspondido ao trabalho de cuidado junto a indivíduos e comunidades, exercido por farmacêuticos e outros profissionais, sendo caracterizado pela escuta, compreensão das necessidades do paciente, aconselhamento e, se necessário, elaboração e dispensação de algum medicamento. No processo de industrialização no Brasil do século XX, em especial no setor farmacêutico, assistência farmacêutica foi associada à disponibilização de medicamentos, de forma desvinculada de uma prática profissional, em um período em que ocorria a descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde, paralelamente à valorização do medicamento, em sua dupla natureza de agente terapêutico e objeto de consumo. Com este sentido, o termo é associado às medidas de facilitação do acesso ao medicamento, estabelecidas por políticas sociais. Inicialmente, sob o modelo de seguro social, tais medidas se caracterizaram por conceder benefícios a grupos de trabalhadores, configurando uma modalidade de direitos sociais definida pela expressão “cidadania regulada”. Na década de 1970, Assistência Farmacêutica passou a designar o fornecimento de um elenco mínimo de medicamentos à população de baixa renda, por ação direta do Estado, caracterizando-se como uma relação de cidadania invertida. Posteriormente, em um contexto político distinto, com a positivação do direito universal à saúde e na iminência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa concepção, reducionista e centralizada, tornou-se anacrônica, embora permanesse influenciando as novas concepções e práticas. Principalmente nas décadas de 1980 e 1990, foram realizados esforços de conceituação e teorização. Atualmente, Assistência Farmacêutica no setor público brasileiro se refere ao fruto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com a oferta de medicamentos e serviços afins e se viabiliza prioritariamente na rede de serviços do SUS. Em função da relevância político-social e dos montantes financeiros envolvidos, a participação do profissional farmacêutico está sendo requisitada no SUS, dando-lhe uma oportunidade ímpar para a construção de uma prática coerente com uma proposta societária equânime.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, Políticas Públicas, Serviços Farmacêuticos.

## **ABSTRACT**

*The work examines different conceptions underlying the term pharmaceutical assistance, as well as the historical context in which they have emerged. In the Brazilian pre-industrial stage, pharmaceutical assistance was closely related to the pharmaceutical practice, meaning the care offered by pharmacists and other professionals to individuals and communities. That practice was characterized by listening, understanding the patient needs, counseling and, if necessary, preparing and dispensing some medicine. Along the Brazilian industrialization process, during the 20th century, the pharmacist was no more recognized as a health professional while the medicine gained importance as a therapeutic agent as well as an object of consumption. Thus the conception of pharmaceutical assistance changed to the provision of medicines without any monitoring of a professional. From 1930, the access to medicines began to be facilitated to groups of workers, as part of the social policies. Those actions are also associated with the last conception of pharmaceutical assistance. As a social insurance model based on the worker condition, it is defined as 'regulated citizenship'. In the Decade of 1970, the military Government promoted a coordinating reform in which the State went on to provide a minimum cast of medicines to the low-income population. This State action, characterized as 'inverted citizenship', was officially called pharmaceutical assistance. Subsequently, in a different political context, the universal right to health was reached. Thus, the early conception had to be changed. The efforts of conceptualization and theorizing as well as the academic production on pharmaceutical assistance are analyzed. Currently, pharmaceutical assistance in the Brazilian public health services refers to the product of social health policies, whose materiality occurs with the supply of medicinal products and related services. Due to the socio-political relevance and the financial amounts involved, these policies demands the pharmacist participation. Thus, an opportunity is opened to pharmacists recover an important function within the community aligned with a more equal society.*

**Keywords:** *Pharmaceutical Assistance. Public Policy. Pharmaceutical Services.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação dos momentos essenciais do processo de trabalho em saúde, conforme Gonçalves (1992) (A), e para os processos de trabalho inseridos na prática farmacêutica (B).....	41
Figura 2 Características dos modelos ideais propostos pela tipologia de Titmus para a análise de políticas sociais.....	71
Figura 3 Tipologia de Esping-Andersen para as diferentes respostas do Estado frente aos conflitos distributivos, a partir da tipologia de Titmus. ....	72
Figura 4 Principais características dos modelos de proteção social. ....	73
Figura 5 Tipologias para (A) análise de políticas sociais, (B) Estados capitalistas, (C) modelos de proteção social e (D) modalidades de cidadania correspondentes, adaptado de Fleury (1997). ....	73
Figura 6 Diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos e os fundamentos para a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001a).....	88
Figura 7 Eixos estratégicos estabelecidos pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CNS, 2004). ....	93
Figura 8 Distribuição, por ano e base de dados, das publicações selecionadas sob o descritor “assistência farmacêutica, no período de 1980 a maio de 2011. ....	116



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Principais características brasileiras, em diferentes períodos históricos, relativas aos aspectos tratados neste capítulo. ....	100
Quadro 2 Enunciados apresentados como conceitos de assistência farmacêutica, entre os anos de 1996 e 2004. ....	108
Quadro 3 – Avaliações ou descrições dos serviços no âmbito do SUS, relacionadas à gestão. ....	126





## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Distribuição de publicações por periódicos e classificação dos periódicos conforme o sistema de QUALIS utilizado pela CAPES na avaliação da produção acadêmica dos Programas de Pós-Graduação, segundo os critérios de 2010. ....	119
--	-----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAMED – Câmara Setorial de Medicamentos  
CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CEME - Central de Medicamentos  
CFE - Conselho Federal de Educação  
CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde  
DeCS - Descritor em Ciências da Saúde  
DIAF SES-SC – Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina  
DST/Aids – Doenças sexualmente transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*)  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FPB - Farmácia Popular do Brasil  
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IDA - integração docente-assistencial  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MeSH - *Medical Subject Headings*  
MS – Ministério da Saúde  
OMC - Organização Mundial do Comércio  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNM – Política Nacional de Medicamentos  
PSF – Programa Saúde da Família  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SUS – Sistema Único de Saúde

TRIPS -*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

USAID - *United Agency International Development*

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
1.1 OBJETIVOS .....	27
1.1.1 Objetivo Geral .....	27
1.1.2 Objetivos Específicos .....	27
1.2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	28
<b>2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, A PRÁTICA FARMACÊUTICA E O MEDICAMENTO.....</b>	<b>31</b>
2.1 DA PRÁTICA FARMACÊUTICA E DOS EXERCENTES.....	32
2.2 .FARMACÊUTICOS FORMADOS VERSUS PRÁTICOS - OS CAPITAIS EM JOGO .....	34
2.3 TRABALHO MANUAL VERSUS INTELECTUAL: STATUS SOCIAL E A DIVISÃO PARCELAR DO TRABALHO.....	37
2.4 A INDUSTRIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL .....	39
2.4.1O impacto sobre a profissão farmacêutica .....	40
2.4.2 Características da indústria farmacêutica que se desenvolveu no Brasil...43	
2.4.3 ..... O estabelecimento de um mercado consumidor e a não regulamentação do comércio de medicamentos.....	46
2.4.4 A consolidação e ampliação do mercado por meio de estratégias envolvendo as farmácias, os prescritores e os usuários .....	47
2.4.5 O medicamento: instrumento terapêutico e bem de consumo.....	51
2.5 O ENSINO FARMACÊUTICO .....	54
<b>3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITO.....</b>	<b>59</b>
3.1 DIREITO À SAÚDE, DEVER DO ESTADO – CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E TEÓRICAS .....	59
3.1.1 Direitos humanos e direito à saúde .....	60
3.1.2 Saúde e poder.....	63
3.1.3 Concepções teóricas sobre Estado .....	68
3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PRODUTO DE POLÍTICAS SOCIAIS.....	70

3.2.1 Período de 1930 a 1964 – o início do Brasil moderno .....	74
3.2.2 Período de 1964 a 1988 – Regime militar .....	77
3.2.3 A criação do Sistema Único de Saúde e as implicações para a Assistência Farmacêutica .....	82
<b>4. FORMULAÇÕES CONCEITUAIS SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ESBOÇO TEÓRICO PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>103</b>
4.1 O ESFORÇO PARA A CONCEITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	104
4.2 OS ENUNCIADOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	106
4.3 NECESSIDADE DE RETOMAR A DISCUSSÃO .....	111
<b>5. PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....</b>	<b>115</b>
5.1 SOBRE ANO/NÚMERO DE PUBLICAÇÕES .....	115
5.2 SOBRE OS PERIÓDICOS .....	117
5.3 A QUESTÃO DA INDEXAÇÃO.....	120
5.4 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE ACORDO COM A TEMÁTICA.....	122
5.4.1 Produção relacionada aos serviços .....	122
5.4.2 Produção relacionada ao direito social .....	132
5.4.3 Produção relacionada às políticas públicas .....	134
5.4.4 Uso de medicamentos .....	135
5.4.5 Publicações sobre o ensino farmacêutico .....	136
5.5 CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	137
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Numa mesma época, sob uma mesma palavra, coexistem conceitos tão diferentes! O que engana é que a mesma palavra, tanto designa quanto explica. A designação é a mesma; a explicação é diferente. (BACHELARD, 1996, p. 22)

O estímulo para a realização dessa tese surgiu do interior da mobilização gerada em torno da Assistência Farmacêutica, em 2003, na condição de partícipe da gestão pública, na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF), da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

A DIAF foi criada sob a inspiração do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS). Ambos foram estabelecidos nos primeiros meses de 2003. No nível federal, iniciava o governo Luiz Inácio Lula da Silva, o qual definiu a Assistência Farmacêutica<sup>1</sup> como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Não coincidentemente, foi também o ano em que ocorreu a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, cuja convocação era recomendada desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 1992, e cujas negociações entre Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde só encontram consenso com o novo governo, em 2003.

Com a mobilização havida naquele momento, Assistência Farmacêutica passou a integrar as pautas de discussão em todas as esferas do governo. Com a disseminação de debates a respeito, houve a incorporação do termo “assistência farmacêutica” no vocabulário de gestores, políticos, usuários, profissionais da saúde e academia, sendo tratada ora como algo já definido, mas não plenamente instituído, ora como algo incipiente que, embora já instituído enquanto direito, ainda carecia de melhor definição. Observava-se, tanto no cotidiano da gestão

---

<sup>1</sup> O termo “assistência farmacêutica”, enquanto produto das políticas de Estado, setor de uma administração ou instituição pública, será redigido com as letras iniciais em maiúscula. Nos demais casos, não.

em saúde, quanto no meio acadêmico, uma falta de uniformidade ou constância em relação ao termo, o qual tem sido empregado até o momento para se referir:

1. à prática farmacêutica em geral;
2. a uma prática farmacêutica específica, dirigida ao cuidado do paciente (geralmente no sentido da orientação quanto ao uso dos medicamentos);
3. ao fornecimento de medicamentos enquanto benefício social;
4. às atividades logísticas para o fornecimento de medicamentos;
5. à forma pela qual a esfera de gestão se organiza para o fornecimento de medicamentos ou os serviços farmacêuticos;
6. às políticas para o acesso aos medicamentos, etc.

Neste trabalho, assume-se que a polissemia do termo permite a construção de diferentes objetos de estudo e que a insuficiente reflexão sobre cada um dos seus sentidos atua como obstáculo epistemológico para a produção do conhecimento nesse campo, com consequências sobre as políticas públicas e os processos do trabalho farmacêutico.

Por *obstáculo epistemológico*, é adotado o conceito elaborado por Gaston Bachelard (1966): causa de inércias, estagnação e mesmo regressão do conhecimento; lentidões e conflitos que surgem no próprio ato de conhecer e que não são obstáculos externos como a complexidade ou a dificuldade de captar os fenômenos. Conforme o mesmo autor, esse tipo de obstáculo conduz a um erro subjetivo decorrente de uma inadequação conceitual, ou por tomar o saber comum (opinião) como conhecimento científico, ou por considerar o desenvolvimento histórico dos saberes sob uma perspectiva continuista, linear e evolucionista.

Nesse sentido, buscou-se um caminho distinto da tradição que mantém um tipo de relato histórico da profissão farmacêutica, o qual desconsidera os conflitos, as tensões e as disputas que permeiam qualquer atividade social e tende a glorificar tudo o que se refere à profissão. Presente em alguns setores da categoria farmacêutica, esse tipo de discurso apresenta a Farmácia como portadora de um passado de eterno sucesso que nunca deixou de existir, linear, progressista, sendo:

(...) uma das profissões que mais soube transformar-se, ao longo dos anos. Uma das que melhor enxergou o futuro no nevoeiro dos novos



tempos (...).<sup>2</sup> (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2006, p. 9)

Nesse exemplo específico, a origem do discurso está em um segmento ligado às questões corporativas, cuja função, portanto, é inerente à valorização da profissão. O problema reside na postura acrítica como isto é realizado: ignora-se que a maior parte das transformações não decorreu de uma visão estratégica de futuro, mas de acomodações imediatistas que implicaram em descaracterizações da profissão, em um processo permeado por disputas e conflitos que extrapolavam os interesses de um único grupo profissional.

De modo semelhante, se empregado de forma acrítica, o termo “assistência farmacêutica” também pode esconder, ou abrigar sob uma falsa harmonia, diferentes propostas políticas e profissionais.

Minimamente, três sentidos conferidos ao termo “assistência farmacêutica” são analisados nesse trabalho: prática de saúde existente até o início do século XX; possibilidade de acesso a alguns medicamentos, como benefício social; ações necessárias para garantir o acesso a medicamentos e cuidados relativos, como parte do direito universal à saúde.

O primeiro sentido, prática farmacêutica que existiu no Brasil até meados de 1930 e que contemporaneamente alguns autores têm chamado de assistência farmacêutica, é tratado no Capítulo 2, “Assistência farmacêutica, a prática farmacêutica e o medicamento”. Nele também são analisadas as condições que propiciaram o deslocamento denotativo desse termo, de prática profissional, para tão somente a disponibilização de medicamentos. Parte-se da hipótese de que esse deslocamento decorreu dos mesmos fatores que induziram o afastamento do exercício farmacêutico das práticas de saúde, no Brasil. São abordadas as características do grupo profissional farmacêutico no período, as transformações decorrentes da industrialização dos medicamentos e a supervalorização dos medicamentos como produtos de consumo, enquanto circunstâncias relevantes para o deslocamento denotativo do termo “assistência farmacêutica”.

---

<sup>2</sup> Parte do discurso do Presidente do Conselho Federal de Farmácia, Jaldo de Souza Santos, em solenidade de comemoração ao Dia do Farmacêutico.

O segundo sentido, possibilidade de acesso a alguns medicamentos, como benefício social, é tratado no Capítulo 3, “Assistência farmacêutica, políticas sociais e direito”, no qual é descrita a incorporação do termo “assistência farmacêutica” nas políticas sociais. Desprovido do sentido de cuidado e desvinculado da antiga prática farmacêutica, o termo ganhou conotações congruentes com as conformações que a profissão farmacêutica assumiu e com o ideário das políticas sociais que o associaram a programas governamentais caracterizados pela aquisição/distribuição de medicamentos. A disponibilização de medicamentos pelos serviços governamentais é analisada sob a perspectiva da cidadania em seu componente relativo aos direitos sociais.

Os vários enunciados elaborados a partir do final da década de 1980 para a conceituação e a teorização da Assistência Farmacêutica são apresentados e discutidos no Capítulo 4. Ao mesmo tempo em que conferiram uma nova conformação a Assistência Farmacêutica, para a qual passa a ser exigido um conjunto de ações, essas formulações conceituais teriam sido limitadas pela centralidade nos aspectos administrativos, influência de certas áreas da farmácia, particularmente a hospitalar. De todas as formas, esforço é avaliado como uma grande tentativa de rearticular a prática farmacêutica ao cuidado em saúde, no contexto dos princípios e diretrizes do SUS.

No Capítulo 5 são analisadas as publicações veiculadas em periódicos científicos, indexadas sob o termo “assistência farmacêutica” nas bases de dados SciELO e LILACS e que se referem diretamente à realidade brasileira. Buscou-se realizar uma primeira aproximação sobre a produção de conhecimento nessa área no país, investigando a sua contribuição na definição, precisão e amplitude do conceito.

No capítulo 6 são apresentadas as considerações e conclusões finais do trabalho.

## 1.1 OBJETIVOS

Os objetivos do trabalho são destacados, a seguir.

### 1.1.1 Objetivo Geral

Esta Tese tem como objetivo geral analisar as concepções subjacentes ao termo “assistência farmacêutica” no contexto histórico brasileiro em que se encontram inseridas.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- descrever as características da prática farmacêutica existente até 1930, associada ao termo “assistência farmacêutica”, analisando as circunstâncias que contribuíram ao seu desaparecimento paralelamente à supervalorização do medicamento;
- analisar a Assistência Farmacêutica como produto de políticas sociais e sua repercussão sobre a profissão farmacêutica;
- investigar a produção conceitual sobre assistência farmacêutica, suas possibilidades e limitações e
- analisar a produção de conhecimento sobre assistência farmacêutica e a sua contribuição na definição, precisão e amplitude do conceito de assistência farmacêutica.

## 1.2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

A fonte de pesquisa para os três capítulos iniciais foi constituída por arquivos pessoais aos quais foram somadas publicações encontradas por meio de consulta nas bases de dados SciELO, LILACS e o Banco de Teses da CAPES, utilizando as expressões “assistência farmacêutica” e “política de medicamentos”. Esse material forneceu referências a outras publicações que foram igualmente utilizadas.

A perspectiva epistemológica adotada nesse trabalho apoia-se em Bachelard (1996), no que diz respeito à historicidade da epistemologia e à relatividade do objeto.

Os elementos do contexto histórico, sempre que necessários, foram buscados em fontes secundárias (livros e teses, em sua maioria) dedicadas à história do Brasil e à historiografia da saúde e suas profissões no Brasil. Esse aporte foi escolhido entre autores que não se limitam à história factual e evolucionista, mas analisam e interpretam os fatos históricos à luz dos contextos políticos, econômicos, sociais e culturais nos quais ocorrem, situando-os como produtos de tensões e conflitos sociais.

No Capítulo 2, “Assistência farmacêutica, a prática farmacêutica e o medicamento”, a partir de trabalhos recentes que utilizam o termo “assistência farmacêutica” para designar a prática farmacêutica que existiu no Brasil até meados de 1930, foram buscadas na literatura as características de tal prática, bem como os elementos contextuais que pudessem explicar o abandono, por décadas, do uso do termo com essa conotação.

Para o Capítulo 3, “Assistência farmacêutica, políticas sociais e direito”, a investigação foi focada sobre publicações e documentos oficiais que utilizam o termo “assistência farmacêutica” para designar a parte dos benefícios sociais que trata da disponibilização de medicamentos. Os referenciais teóricos para a análise dessa conotação de assistência farmacêutica foram escolhidos no processo de estudo sobre Estado, direito e cidadania, dentre aqueles julgados coerentes com a concepção social do processo saúde-doença-cuidado presente na proposta defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, a qual fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde.

A busca pelos enunciados analisados no Capítulo 4, “Formulações conceituais sobre assistência farmacêutica – esboço teórico para a prática”, foi realizada em todo o material bibliográfico levantado. A análise, reflexão feita a partir de uma interpretação pessoal

sobre os enunciados e o contexto no qual foram produzidos, aproxima-se de um ensaio, com as limitações e vieses dessa forma de elaboração.

Especificamente para o Capítulo 5, “Produção de conhecimento sobre assistência farmacêutica”, o material de análise foi constituído pelos artigos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS utilizando o descritor “assistência farmacêutica”, sem limitação inicial de data, finalizando em maio de 2011. Foram selecionados os artigos publicados em periódicos científicos, diretamente relacionados à realidade brasileira. O material analisado foi considerado uma amostra da produção de conhecimento sobre assistência farmacêutica. O número de publicações por ano foi considerado demonstrativo da evolução quantitativa dessa produção. O seu impacto na área da Farmácia foi estimado com base no sistema QUALIS utilizado pela CAPES na avaliação da produção bibliográfica dos Programas de Pós-Graduação, segundo os critérios de 2010. As alterações no Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) “assistência farmacêutica”, do sistema de indexação utilizado pela base de dados LILACS, para o período pesquisado, são comentadas, tendo sido consideradas evidências da imprecisão conceitual do termo. As distintas abordagens associadas ao termo “assistência farmacêutica” foram estabelecidas pela identificação dos temas específicos tratados em cada artigo, posteriormente agrupados em temas gerais (serviços; políticas públicas; direito e ensino farmacêutico). Sua contribuição na construção das concepções ou conceitos de assistência farmacêutica é discutida.



## 2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, A PRÁTICA FARMACÊUTICA E O MEDICAMENTO

Alguns autores utilizam o termo “assistência farmacêutica” para descrever o trabalho exercido pelos farmacêuticos até o início do século XX, junto a indivíduos e comunidades (SILVA, 1974; OLIVEIRA et al., 2007; VELLOSO, 2010).

Embora numericamente não seja expressiva, sem a devida contextualização, essa utilização pode induzir a uma naturalização do fenômeno mais recente (que diz respeito ao estabelecimento de políticas sociais para o acesso aos medicamentos), abrigado sob a designação de Assistência Farmacêutica. Ainda que se aproxime de uma concepção atual<sup>3</sup>, a designação de assistência farmacêutica como prática profissional existente até um século atrás se refere a um contexto de ausência estatal para com a atenção à saúde. Dessa forma, entende-se que tal naturalização esconde toda trajetória e o cenário de disputas envoltas na atual positividade do direito de acesso a medicamentos, como parte do direito à saúde. Em função disso, no decorrer do capítulo são descritas as características da prática farmacêutica existente até 1930, analisando as circunstâncias que contribuíram ao seu desaparecimento.

O sentido de assistência farmacêutica como prática profissional é coerente com o uso do termo “assistência” para designar a ação de ajudar, prestar atendimento ou cuidar, como em assistência médica, odontológica, etc. Entretanto, durante grande parte do século XX, o termo “assistência farmacêutica” esteve relacionado apenas à disponibilização do medicamento, de forma dissociada da prática farmacêutica. Como hipótese para explicar o deslocamento denotativo desse termo, sustenta-se que influíram as modificações pelas quais passou a profissão farmacêutica no período, o qual, não coincidentemente, corresponde à industrialização dos medicamentos e à

---

<sup>3</sup> A referida concepção atual é aqui interpretada a partir do conceito de Assistência Farmacêutica apresentado no texto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Conselho Nacional de Saúde, 2004), como conjunto de ações que visam o acesso e o uso racional de medicamentos e que, portanto, pressupõe uma prática farmacêutica implicada no cuidado em saúde e comprometida com o usuário e a comunidade.

transformação da indústria farmacêutica transnacional em um dos segmentos mais poderosos, econômica e politicamente, das sociedades contemporâneas.

Particularidades relacionadas à constituição das profissões no Brasil, explicadas em relação aos capitais acumulados pelos exercentes das ações de saúde<sup>4</sup>, ajudam a compreender a posição de fragilidade do grupo farmacêutico e sua dificuldade em resistir ou se recompor frente ao impacto da indústria farmacêutica. Paralelamente, a supervalorização dos medicamentos como produtos de consumo, particularmente a partir do século XX, também teria favorecido a depreciação do profissional farmacêutico, bem como o deslocamento denotativo de assistência farmacêutica como prática profissional para tão somente a disponibilização de medicamentos.

## 2.1 DA PRÁTICA FARMACÊUTICA E DOS EXERCENTES

Desde os tempos da Colônia até o início do século XX, não houve grandes alterações no que se pode chamar de prática farmacêutica no Brasil. Do período que vai do Brasil Colônia até as primeiras décadas do século Envolvia, além da preparação e venda dos medicamentos, o aconselhamento e, não raro, o próprio diagnóstico, a definição da terapêutica e até mesmo o atendimento emergencial em casos de fraturas, partos, etc., particularmente em localidades onde não havia médicos (COREZOLA, 1996; VELLOSO, 2010). A prática que existiu até aproximadamente 1930 e que envolve a escuta, a compreensão das necessidades do paciente, o aconselhamento e, se necessário, a elaboração e a dispensação de algum medicamento, é referida por alguns autores (SILVA, 1974; OLIVEIRA et al., 2007; VELLOSO, 2010) como assistência farmacêutica, dentro de uma concepção que a situa como ação de cuidado em saúde.

---

<sup>4</sup> A expressão “exercente das ações de saúde” é empregada por Pires (1989) para se referir aos que se dedicavam a esse fim (físicos, barbeiros, cirurgiões, boticários, parteiros, etc.), em um contexto prévio ao estabelecimento legal e normativo das profissões, inclusive no que diz respeito à formalização da formação obrigatória para o seu exercício.



A primeira consideração a ser feita é que tal prática não foi exclusiva do farmacêutico. Embora os ofícios já estivessem definidos no período colonial, conforme Pires (1989), cada exercente podia desempenhar as ações que eram típicas do seu ofício, além daquelas que se fizessem necessárias. Considerando as dimensões da Colônia e o número de profissionais disponíveis, não devia ser uma excepcionalidade um exercente desempenhar as funções do outro. Dessa forma, a prática farmacêutica assim descrita era, em boa medida, resultado da necessidade que se apresentava em um contexto de ausência estatal para com as questões sociais, em que os profissionais eram escassos e, particularmente os médicos, inacessíveis financeiramente à maior parte da população. Não se tratava, portanto, de uma prática típica, intrinsecamente relacionada ou exclusiva de um grupo profissional.

Além disso, até o século XIX, o título escolar não possuía legitimidade como critério para o exercício das atividades relacionadas à saúde. Além dos “diplomados”, em geral membros da elite e com formação em Portugal e Espanha, também exerciam essas funções os “práticos”. Em número maior do que os diplomados, os práticos eram treinados aqui mesmo e, em princípio, submetidos a uma prova pela autoridade imperial, o físico-mor, embora houvesse práticos que trabalhassem sem se preocupar com o registro. A denominação ‘farmacêutico’ servia tanto para os diplomados, quanto para os não diplomados (os práticos), até mesmo depois de terem sido criadas as primeiras faculdades, no final do século XIX (COREZOLA, 1996).

Na ausência de outros recursos acessíveis a boa parte da população, a farmácia continuou por algumas décadas sendo:

(...) um local de atendimento ‘médico-social’, onde se resolviam certos problemas de saúde com um perfil filantrópico, e cujos ‘serviços’ eram considerados como intrínsecos ou naturais do agente que atuasse nela [farmacêutico diplomado ou prático] (COREZOLA, 1996, p.107-8)

Concluindo, a prática farmacêutica anterior ao século XX, referida como assistência farmacêutica, não esteve restrita a um único grupo profissional. Outros grupos disputavam o mesmo campo, entendido aqui como o espaço social no qual se processa tanto a luta pelo domínio do jogo, quanto pela imposição da definição das regras do jogo (BOURDIEU, 2005; BOURDIEU, 2007).

## 2.2 FARMACÊUTICOS FORMADOS *VERSUS* PRÁTICOS - OS CAPITAIS EM JOGO

Um dos grupos em disputa com os farmacêuticos diplomados, no período anterior à regulamentação das profissões da saúde, era constituído pelos práticos. A posição de fragilidade dos farmacêuticos diplomados foi explicitada por Corezola (1996), que investigou a construção desse grupo profissional no Rio Grande do Sul, utilizando alguns conceitos inter-relacionados desenvolvidos por Bourdieu, como o de campo e o de capital, e identificando as estratégias que o grupo lançou mão no seu processo de legitimação.

Como já mencionado, campo é o espaço social no qual se processa tanto a luta pelo domínio do jogo, quanto pela imposição da definição das regras do jogo. Capital, para além de seu sentido econômico-financeiro, é um *quantum* suficiente de força social que possibilita ao seu detentor entrar nas lutas pelo monopólio do poder, determinando sua posição no campo (BOURDIEU, 2005; BOURDIEU, 2007). Assim, o campo onde se desenvolvem as disputas para a construção de um grupo profissional abrange os espaços político, econômico, legal e social, sendo a institucionalização da formação profissional um dos mecanismos para a imposição das regras do jogo. Os capitais são “bens” (econômicos, culturais, sociais, de conhecimento, etc.) cuja posse empodera o seu detentor, em diferentes graus, para as disputas.

Em relação à legitimação do farmacêutico como profissional, Corezola concluiu que não era a posse do título escolar que a fundamentava, mas sim a propriedade de um estabelecimento de comércio e de produção de medicamentos. Em jogo, estavam capitais distintos:

Os práticos (...) dispunham de um certo capital técnico, que os habilitava a executar estas atividades [definidas como dos “farmacêuticos”]; de capital social, garantido através de relações personificadas que estabeleciam com figuras importantes do meio político e econômico local, bem como com a população que atendiam; e de capital econômico, que permitia-lhes ‘abrir sua própria botica’. Os (...) ‘farmacêuticos’ diplomados, dispunham de um capital relativamente diferenciado e raro, que era a

escolaridade superior e o título decorrente, mas ainda não reconhecido socialmente. Em geral, não detinham muito capital econômico e por isso, provavelmente, não iam atuar na profissão num primeiro momento, pois isso pressupunha certo acúmulo de capital econômico para 'abrir uma farmácia'. (COREZOLA, 1996, p. 27-8)

De forma semelhante ao que já havia sido considerado em relação à medicina, Corezola (1996) argumenta que o capital conferido pela titulação, mais do que meio para ingressar na profissão ou adquirir conhecimento, servia para aumentar o capital social. Considerando os custos e a necessidade de relações de amizade, parentesco ou políticas para manter um filho em uma faculdade, pode-se presumir que, quanto maior o capital social e econômico de uma família, mais chances teria um de seus membros de estudar em um curso de nível superior e, preferencialmente, naquele que lhe conferisse o maior retorno. Nesse sentido, a titulação seria “a consagração de uma posição social já de antemão ocupada com base no capital social” (CORADINI, 1995 *apud* COREZOLA, 1996, p.29), sendo os cursos de medicina e direito os mais procurados pelos filhos das famílias com maior capital social e econômico. Talvez isso explique em parte o fato de que o primeiro curso superior de Farmácia no Rio Grande do Sul, fundado em 1896, não tenha funcionado em seu primeiro ano por falta de alunos.

A disputa entre diplomados e práticos parecia que seria equacionada por volta de 1930, quando foram criadas as legislações de âmbito federal para a regulamentação das profissões. De fato, para algumas profissões, como no caso da medicina, a regulamentação não deixou aos práticos qualquer chance de continuidade do trabalho na condição legal. Entretanto, para a profissão farmacêutica, foi mantida tal possibilidade, ainda que restringisse o ingresso de “novos” práticos (o que, na realidade, não ocorreu). A frágil articulação política dos farmacêuticos diplomados teria influído nessa diferenciação; o apoio dos médicos à Revolução de 1930 estaria vinculado ao compromisso de Getúlio Vargas quanto às alterações na legislação profissional (COREZOLA, 1996).

Também na mesma época, foi estabelecida a condição legal de participação do farmacêutico diplomado em sociedades a cotas de, no mínimo, trinta por cento do capital social. Essa condição tornou-se uma restrição aos farmacêuticos que, não dispendo do capital econômico para integralizar a cota exigida, tornavam-se reféns dos detentores de

capital, via de regra os práticos, pelo estabelecimento de uma relação de assalariamento. Tal relação teria sido o primeiro passo para a “mercantilização de diplomas” (COREZOLA, 1996, p.97). Nessa condição, a contratação, muitas vezes fictícia, de diplomados por proprietários de farmácia comercial, práticos ou simplesmente comerciantes, é feita apenas para atender a exigências legais, sem que de fato ocorra a efetivação do diplomado no exercício das funções que lhe caberia. Prática comum até muito recentemente, a contratação fictícia de farmacêuticos, e a sua conseqüente ausência na farmácia, foi um ponto marcante na caracterização posterior desse estabelecimento como local de comércio e não como serviço de saúde, favorecendo a indústria farmacêutica e a venda indiscriminada de medicamentos.

Em 1951, uma nova legislação favoreceu os práticos: além de reconhecê-los legalmente, essa forma de ingresso na profissão farmacêutica foi oficializada. O poder econômico dos donos de farmácia, já possuidores de grandes redes, bem como a pressão das empresas farmacêuticas multinacionais, interessadas em “facilitar” a dispensação de medicamentos, teria influído para a aprovação dessa legislação, conforme farmacêuticos que viveram naquele período (COREZOLA, 1996).

Assim, até a década de 1950, a principal forma de ingressar na “carreira” foi através da aprendizagem prática. Com isso, os práticos estiveram em posição hegemônica, não só numérica como na efetiva ocupação das posições no comércio e na manipulação farmacêutica, o que lhes conferia legitimidade junto à população atendida, junto às lideranças políticas do governo regional e também nos meios “profissionais” (COREZOLA, 1996). Nesse sentido, a afirmação de que o farmacêutico teria exercido papel social importante entre 1900 a 1930, sendo “o elemento que contribuía na definição em nível local de questões políticas” (SANTOS, 1999, p.59), precisa ser relativizada. Considerando que o Rio Grande do Sul foi o segundo estado a ter uma escola exclusivamente voltada para o ensino de Farmácia no Brasil, pode-se estimar que, na maior parte do Brasil, o número de práticos também excedia em muito o de farmacêuticos.

O que se quer destacar aqui é como o farmacêutico diplomado, cuja prática de cuidado poderia manter um elo com um dos sentidos atualmente atribuídos ao termo “assistência farmacêutica”, entrou no século passado em desvantagem numérica e de poder. Na virada do século XIX para o XX, várias profissões organizaram-se para que houvesse o reconhecimento jurídico e social do título escolar de nível superior como critério para o ingresso e o exercício profissional. Os

farmacêuticos diplomados, em número muito inferior ao dos práticos e com menor capital, não lograram mais do que movimentos esporádicos, diferentemente de outros grupos, como o dos médicos diplomados, que se organizaram e se mobilizaram nacionalmente no que passou a ser considerado o “combate ao charlatanismo” e exercício ilegal da medicina (COREZOLA, 1996).

### 2.3 TRABALHO MANUAL *VERSUS* INTELECTUAL: *STATUS* SOCIAL E A DIVISÃO PARCELAR DO TRABALHO

O processo de consolidação de um grupo profissional e sua identidade passa pelo reconhecimento social que este grupo consegue ter e da valorização conferida ao tipo de atividade que desenvolve.

No período em análise, o reconhecimento social decorria do sucesso individual ou simplesmente em função da ausência de outro profissional (COREZOLA, 1996). Ainda assim, quando comparados, os médicos da época (físicos e licenciados), em número reduzido, contavam com maior *status* do que os demais exercentes (PIRES, 1989), como na Europa, onde já estava consolidada a distinção entre trabalho intelectual e manual na área da saúde.

Em relação às artes de curar, desde a Grécia Antiga, apesar da divisão rudimentar do trabalho relacionado aos medicamentos<sup>5</sup>, o trabalho intelectual gozava de maior reconhecimento social do que os manuais. Essa distinção tornou-se ainda mais acentuada a partir da Idade Média, com a separação oficial entre a medicina, a cirurgia e a farmácia. A primeira, associada à física e integrada no conjunto do sistema universal do saber e da filosofia, assumiu um *status* superior, enquanto que as duas últimas foram caracterizadas como ofícios manuais. Isso se refletiu no ensino. Desde as primeiras universidades europeias, na Idade Média, o ensino da medicina era um dos poucos que se encontravam formalizados. Assim, enquanto a formação médica submetia-se ao:

(...) ensino universitário com professores altamente especializados, os farmacêuticos e cirurgiões mantinham um tipo de formação

---

<sup>5</sup> Incluía coletores (de raízes), preparadores (de unguentos, de medicamentos), vendedores (de especiarias, de medicamentos) e médicos, entre outros.

baseado na aprendizagem com um mestre estabelecido, um tipo de aprendizagem que era comum às restantes profissões mecânicas (DIAS, 2005, p. 31).

Uma vez organizada e regulamentada, a medicina passou a controlar, normatizar e intervir nos demais ofícios relacionados à saúde (PIRES, 1989). A hierarquização valorativa era tal que o próprio ensino de Farmácia na Universidade de Coimbra, em meados de 1700, dirigia-se aos estudantes de Medicina, os quais aprendiam a teoria e a prática da Arte Farmacêutica em um curso completo com o mais hábil boticário. Aos praticantes farmacêuticos, por sua vez, não era permitido assistir às lições teóricas e, quanto à prática, podiam acompanhar as explicações do regente da cadeira apenas enquanto forneciam aos estudantes médicos os utensílios e drogas com que estes trabalhavam (DIAS, 2005). Quando a formação superior e as atividades do farmacêutico foram regulamentadas, por volta do século XIX, em grande parte da Europa, isso ocorreu sob a tutela da medicina.

Da mesma forma, quando as duas Escolas de Anatomia e Cirurgia, criadas no Brasil em 1808 por D. João VI, foram transformadas nas primeiras Faculdades de Medicina, em 1832, passaram igualmente a deter a autorização para conceder títulos de farmacêutico e de parteira, além de doutor em medicina, bem como a normatizar e fiscalizar o exercício desses profissionais.

Conforme Luz (1982, p.32), a partir do século XIX a medicina progressivamente passou a desenvolver “projetos e modelos institucionais que buscam no controle do Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade”. A institucionalização da medicina e sua hegemonia na saúde ocorrida a partir de então contribuíram para a caracterização da profissão farmacêutica como ofício técnico subalterno.

A divisão entre trabalho intelectual e manual, ou das funções de concepção e planejamento, de um lado, e funções de execução, de outro, adotada como prática sistemática no capitalismo radicalizou a divisão social do trabalho, presente em todas as sociedades complexas, para a divisão parcelar ou técnica do trabalho, expressa por PIRES (2008) como a:

(...) fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de

operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. (...) [Nela,] [o]pera-se uma divisão entre trabalho manual (que transforma o objeto) e intelectual (a consciência que o trabalhador tem sobre o trabalho), separa-se concepção e execução.

Na divisão parcelar do trabalho na saúde, cada profissional passa a ser responsável por parcelas do trabalho controlado pelo médico (PIRES, 1989). Ao farmacêutico coube se especializar cada vez mais no medicamento, ou simplesmente se limitar à sua venda, desvinculando-se do objetivo final e direto dos serviços de saúde. Essa ruptura na prática farmacêutica necessariamente corresponderia a uma ruptura no sentido atribuído ao termo “assistência farmacêutica”.

## 2.4 A INDUSTRIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO BRASIL

O fenômeno da industrialização dos medicamentos no Brasil e suas implicações sobre a profissão e prática farmacêuticas podem ser analisados sob, pelo menos, quatro aspectos:

- O impacto sobre a profissão farmacêutica, no que diz respeito à sua função secular como produtora de medicamentos;
- As características da indústria farmacêutica que se desenvolveu no Brasil;
- O estabelecimento de um mercado consumidor e a não regulamentação do comércio de medicamentos; e
- A consolidação e ampliação do mercado por meio de estratégias envolvendo as farmácias e os prescritores.

Com exceção do primeiro, as considerações para os demais partem do trabalho de Giovanni (1980) que, apesar do tempo desde sua publicação, continua fornecendo contribuições à compreensão dos fenômenos desencadeados pelo estabelecimento da indústria farmacêutica. Aliás, particularmente no que diz respeito aos aspectos abordados no segundo e no último itens, o que se observa desde então foi sua intensificação, posicionando a indústria farmacêutica entre o primeiro e o quarto lugar nas atividades mais lucrativas no mundo (GARRAFA; LORENZO, 2010).

### 2.4.1 O impacto sobre a profissão farmacêutica

Entre as décadas de 1930 a 1950, a industrialização dos medicamentos suplantou a tarefa secular do farmacêutico na preparação artesanal desses, particularmente a partir da II Guerra Mundial. Rapidamente, os médicos abandonaram a prescrição de formulações e adotaram os medicamentos industrializados.

O impacto sobre a profissão farmacêutica não se deu da mesma forma em todos os países. Nos centrais, quer pela maior articulação das entidades profissionais, quer pelas características e época em que lá iniciou o desenvolvimento industrial, quer pela própria demanda da indústria, o farmacêutico manteve o seu *status* social, bem como seu reconhecimento enquanto profissional da saúde e sua especificidade na divisão social do trabalho. Valorizado na pesquisa e na indústria farmacêutica, ou mesmo que subutilizado em atividades como *count and pour*<sup>6</sup> (MACLEOD; MILLER 1980), não teve a sua identidade ameaçada.

Entretanto, nos países periféricos, a atividade farmacêutica tradicional, no preparo artesanal dos medicamentos, entrou em colapso e praticamente não houve a transferência de contingentes expressivos desses profissionais para a indústria.

Analisando a prática farmacêutica descrita para o período anterior à regulamentação das profissões de saúde e a industrialização de medicamentos no Brasil, identifica-se a coexistência de três processos de trabalho sob uma mesma prática: o da escuta das necessidades e o aconselhamento, sendo esse o processo de maior proximidade com a clínica, já que compreende um possível diagnóstico e escolha da terapêutica; o da produção (manipulação) de medicamentos e o da venda desses produtos. Os momentos essenciais do processo de trabalho em saúde (atividade, objeto e instrumentos ou meios de trabalho), conforme

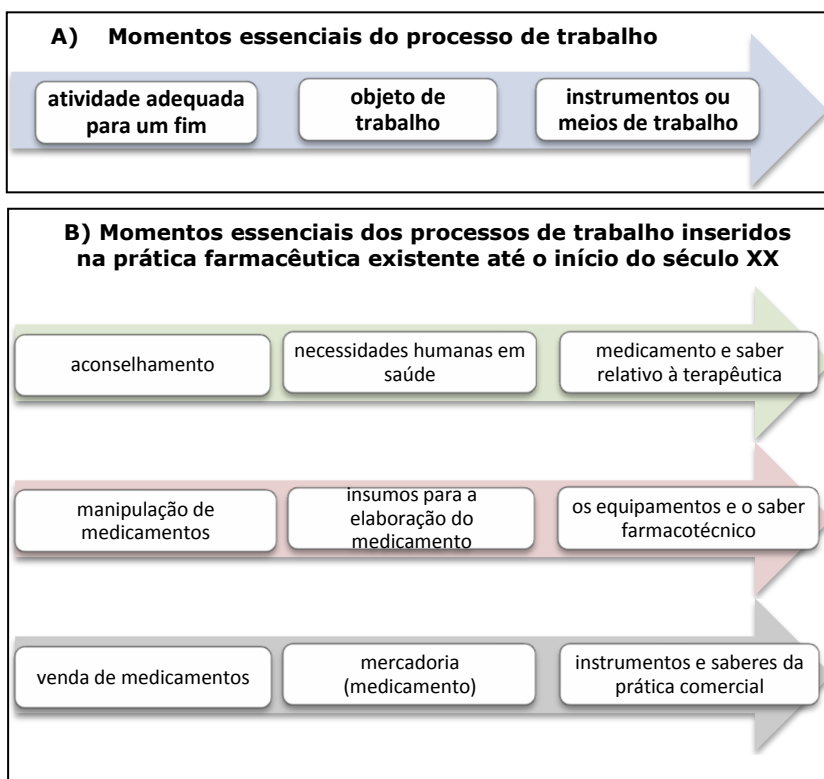
---

6 Em alguns países, os medicamentos para a dispensação nas farmácias não são embalados pela própria indústria, em quantidades pequenas, como no Brasil. O farmacêutico, no momento do aviamento da receita médica, calcula a quantidade necessária do medicamento para todo o tratamento preconizado, separa e embala essa quantidade, identificando o nome (genérico) do produto e os dados que permitam identificar a origem e a validade do mesmo, bem como o nome do prescritor, do usuário e do dispensador, além de outras orientações que se fizerem necessárias. Essa atividade é designada pela expressão *count and pour*.



apresentado por Gonçalves (1992), encontram-se esquematizados na Figura 1A. Os momentos essenciais de cada processo de trabalho naquele contexto de prática farmacêutica encontram-se esquematizados na Figura 1B. No primeiro caso, como objeto de trabalho tem-se o que é comum às demais profissões da saúde: as necessidades humanas em saúde, e, dentre os instrumentos, encontram-se prioritariamente os medicamentos e o saber relativo à terapêutica. No segundo caso, os objetos de trabalho são os insumos para a elaboração do medicamento e, como meios de trabalho, os equipamentos e o saber farmacotécnico. No terceiro caso, o objeto é o próprio medicamento, enquanto mercadoria, e os meios são aqueles de uma prática comercial.

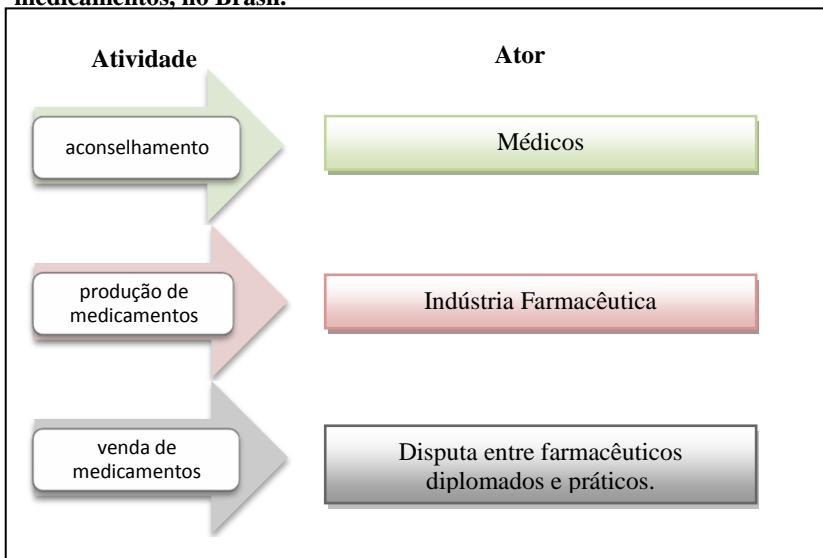
**Figura 1. Representação dos momentos essenciais do processo de trabalho em saúde, conforme Gonçalves (1992) (A), e para os processos de trabalho inseridos na prática farmacêutica (B).**



Fonte: adaptado pela autora.

Enquanto a indústria assumia radicalmente o processo de produção de medicamentos e a medicina lograva juridicamente a sua exclusividade ou, minimamente, supremacia nas atividades clínicas, colocando na posição de charlatão quem as exercesse sem ser portador do diploma de curso superior de medicina, restou ao farmacêutico disputar com o prático, em desvantagem, pelo comércio dos medicamentos (Figura 2).

**Figura 2. Representação da substituição dos atores na execução das atividades anteriormente inseridas na prática farmacêutica, após a regulamentação das profissões da saúde e da industrialização dos medicamentos, no Brasil.**



Fonte: adaptado pela autora.

Outra solução assumida para a sobrevivência profissional foi a de se expandir para campos não relacionados ao medicamento, como a análise de alimentos e as análises clínicas, em que também disputou/disputa espaço com outros profissionais e, mais recentemente, com o próprio desenvolvimento tecnológico.

Tem-se, assim, no processo de fragilização do grupo farmacêutico, a depreciação das atividades caracterizadas como manuais, a divisão parcelar do trabalho em saúde, o assalariamento e a perda da função e do reconhecimento social em consequência da

supressão da principal atividade que revertia para isso. Entre o dilema do puro comércio e a pulverização em outras atividades não específicas da profissão, o farmacêutico distanciou-se da assistência à saúde, sofrendo do que tem sido chamado de uma “crise de identidade”. Além da perda de reconhecimento social, houve também a perda do autorreconhecimento como profissional da saúde, em um processo que pode ser interpretado à luz dos conceitos de alienação econômica e intelectual. No primeiro, o trabalhador não se reconhece como produtor (de saúde) e tampouco nos objetos produzidos por seu trabalho. No segundo, pelo desconhecimento de sua própria ação sociopolítica e histórica, ignora a origem social das ideias, aceitando como natural a realidade que o cerca (CHAUÍ, 2004).

Compreendendo tais circunstâncias de transformação da prática farmacêutica, compreende-se também o esvaziamento do possível significado termo “assistência farmacêutica” enquanto prática/cuidado desse profissional junto à população.

#### **2.4.2 Características da indústria farmacêutica que se desenvolveu no Brasil**

Conforme Giovanni (1980), até a década de 1930, o desenvolvimento tecnológico industrial no setor farmacêutico, assentado em matérias primas animais ou vegetais, foi acompanhado no Brasil por pequenos laboratórios nacionais e mesmo por farmácias e boticas, financeiramente viabilizadas pelo consumo local.

O estabelecimento de instituições públicas destinadas à produção de soros e vacinas, como o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz (PINHEIRO, 1999), pode ser visto sob a lógica do modelo campanhista/preventivista da época: essas instituições serviam para atender as necessidades da saúde pública voltada ao combate de epidemias que ameaçavam a economia agroexportadora. No seu lastro, houve a formação de cientistas e pesquisadores que muitas vezes migraram para o setor privado, qualificando-o (RIBEIRO, 2001).

Porém, o desenvolvimento do setor privado não teve vida longa. A partir de 1930, a indústria farmacêutica da Europa e dos Estados Unidos passou a desenvolver sistematicamente pesquisas científicas, financiadas por ela mesma e, de forma considerável, pelos governos. O resultado foi o desenvolvimento de uma grande quantidade de novos produtos e capacidade para assumir o domínio dos mercados mundiais (GIOVANNI, 1980). As grandes indústrias também incorporaram o

processo de integração vertical, que consiste na associação da produção de matérias-primas, pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, formulação e comercialização. A capacidade de crescimento e competitividade das indústrias passou a se caracterizar pela articulação de quatro diferentes estágios tecnológicos, sendo o primeiro o de maior importância: pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos; processos de produção em escala industrial; produção de especialidades farmacêuticas; *marketing* e comercialização (BERMUDEZ, 1995).

O mesmo não foi verificado no Brasil, tanto em relação ao investimento em pesquisa, quanto em seu conseqüente desenvolvimento. Até a II Guerra Mundial, os medicamentos produzidos por indústrias estrangeiras começam a entrar no mercado brasileiro, sem que houvesse a instalação de plantas fabris aqui para a produção local, favorecendo o distanciamento tecnológico. No período da II Guerra, com as dificuldades nos países produtores, criaram-se condições para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, bem como para a indústria estrangeira produzir localmente. Mas, finda a Guerra, as companhias estrangeiras entraram maciçamente no país, estimuladas pelas medidas econômicas adotadas pelo modelo de industrialização brasileiro (como a facilitação da importação de insumos e produtos farmacêuticos) (GIOVANNI, 1980). Aqui, a sua atuação foi caracterizada apenas pelos últimos estágios tecnológicos (produção, *marketing* e comercialização) (BERMUDEZ, 1995). Dessa forma, a indústria farmacêutica nunca representou um grande campo de trabalho no Brasil, excetuando-se na região sudeste, apesar da formação para esse setor constar do currículo farmacêutico desde 1925.

Detentoras das patentes dos novos produtos, as companhias internacionais estabeleceram em seguida uma concentração econômica extraordinária e o oligopólio do mercado. Além disso, a ausência de políticas específicas para a expansão das empresas nacionais teria favorecido o sucesso obtido pelas companhias estrangeiras (GIOVANNI, 1980).

Até as décadas de 1960/70, as empresas procuravam desenvolver estratégias competitivas, reforçando pesquisas tecnológicas, na condição de empresas nacionais. A produção industrial e a expansão do comércio de medicamentos popularizaram esses produtos que, com a propaganda a seu favor, passaram a simbolizar a possibilidade de a medicina moderna superar os sofrimentos humanos.

Em meados da década de 1970, os grandes laboratórios farmacêuticos observavam baixo retorno econômico, tendo como principais causas para isso: a perda de mercado dos produtos de marca

para os produtos genéricos, pela expiração de patente de muitos produtos; o declínio nas descobertas de novas moléculas sintéticas; o surgimento da biotecnologia como fonte de novos produtos farmacêuticos e o poder de mercado exercido por grandes compradores que, via de regra, forçam os preços para baixo (PINHEIRO, 1999).

A partir da década de 1980, em decorrência destes fatores, uma das estratégias adotadas pela indústria farmacêutica foi a inovação, muito embora sejam poucos os exemplos de medicamentos realmente inovadores, que apresentam ganhos terapêuticos significativos (ANGELL, 2008). Cada vez mais, as inovações e os novos lançamentos passaram a ser meticulosamente planejados pelos laboratórios farmacêuticos em função de sua lucratividade e não de sua essencialidade, caracterizando os medicamentos, cada vez mais, como produtos de consumo, sendo que a lucratividade advém da venda em grande escala e/ou do elevado valor unitário. Nesse sentido, as “novidades farmacêuticas” têm sido dirigidas ao consumo de grandes massas populacionais ou a nichos muito específicos da população. No primeiro grupo, encontram-se tanto produtos destinados a tratar problemas de saúde que acometem um grande número de pessoas (por exemplo, doenças cardiovasculares), quanto aqueles que apelam ao que Roudinesco (2000, p.24) chama de “poder da ideologia medicamentosa” – os que atuam (ou pelo menos prometem atuar) sobre comportamentos, sofrimentos psíquicos, desempenho sexual e aparência. São produzidos para as “massas” (SANTOS; FARIAS, 2010).

A característica do outro grupo de medicamentos é totalmente diversa: destinam-se ao tratamento de situações raras. Esse novo nicho mercadológico não deixa de lembrar a descrição de Santos (2003, p.255-6), para a “metamorfose da natureza do consumo” verificada nos últimos vinte anos, na qual a produção em massa é substituída pela clientelização e personalização dos objetos, transformando-os em “características da personalidade de quem os usa”. Em sua maioria, são elaborados mundialmente por pouquíssimos laboratórios que, na condição de únicos produtores, conseguem fixar preços elevadíssimos. Sendo inacessíveis à quase totalidade das populações, resta ao Estado decidir pelo seu fornecimento.

Por outro lado, o investimento em pesquisas destinadas ao tratamento de doenças epidemiologicamente importantes em países pobres é pequeno (GARRAFA; LORENZO, 2010): em 1990, foi estimado que menos de 10% dos recursos para a pesquisa em saúde destinavam-se aos problemas dos países onde ocorrem 93% das mortes

causadas por doenças possíveis de prevenção do mundo (*Global Forum for Health Research*, 2011).

Em todos os casos, as definições sobre o que produzir demonstram que o medicamento é tratado, pela indústria, como um produto para o consumo, criado e desenvolvido para gerar lucros. Assim sendo, cria-se em seu entorno uma crença em sua essencialidade, alimentada, em grande parte, pela propaganda, atividade que, juntamente com a pesquisa e desenvolvimento envolvidos no lançamento de um novo produto, têm aumentado vertiginosamente o dispêndio financeiro da indústria farmacêutica. Disso resultou “uma novidade no setor farmacêutico: a *merger* mania (mania de fusão)”, objetivando a formação de grandes empresas, mais eficientes (PINHEIRO, 1999, p. 168). Essa tendência, mantida até os dias atuais, é responsável por uma das principais características do setor farmacêutico: a participação de reduzido número de empresas, com elevada concentração de poder, conferindo-lhe a potencialidade para influir em decisões políticas, tanto nos países periféricos, quanto nos centrais. Nesse sentido, a pressão da indústria farmacêutica na formatação de práticas profissionais que lhe sejam favoráveis não pode ser ignorada no campo da saúde: da medicina medicalizante à transformação da farmácia em estabelecimento comercial e descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde.

#### **2.4.3 O estabelecimento de um mercado consumidor e a não regulamentação do comércio de medicamentos**

A urbanização e o crescimento populacional (e, mais recentemente, a longevidade) podem ser apontados como variáveis determinantes para o estabelecimento de um grande mercado consumidor de medicamentos no Brasil, a partir do século XX. Giovanni (1980) apresenta mais um, que teria tido importância ainda maior: as políticas sociais adotadas pelo Estado brasileiro entre os anos de 1930 a 1966. Organizadas a partir dos subsistemas de saúde pública e de medicina previdenciária, a ênfase inicial no primeiro foi progressivamente deslocada para o segundo. Nesse processo, o insucesso das políticas de Saúde Pública, a intensa urbanização e a redefinição das condições de trabalho dos assalariados urbanos teriam gerado “uma demanda ‘infinita’ por assistência médica”, sendo que nesta, a inclusão de medicamentos tornou-se cada vez maior (GIOVANNI, 1980, p.83).

A participação do Estado na ampliação do mercado consumidor também ocorreu por outra via: a omissão de controle sobre a comercialização e a introdução de novos medicamentos no mercado. Somente a partir da Reforma Administrativa Federal, em 1967, começaria a ser esboçada uma legislação sanitária, sendo que uma resposta mais efetiva do Estado veio apenas, em 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), após vários escândalos que culminaram na instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, conhecida como CPI dos Medicamentos.

Giovanni (1980, p.86) faz outra interessante observação: os problemas em relação “à questão do medicamento no Brasil” foram durante muito tempo apresentados apenas como o conflito entre empresas farmacêuticas nacionais *versus* estrangeiras; a expansão do mercado além de não questionada, por vezes foi estimulada. Nesse sentido, podem ser mencionadas a criação da Central de Medicamentos, em 1971, e a universalização do direito à saúde, a partir da Constituição Federal de 1988. Em que pese a importância que a expansão dos direitos sociais assume em uma sociedade tão desigual como a nossa, particularmente em relação à garantia do direito à saúde, as implicações disso em termos de viabilidade ou sustentabilidade e aguçamento do consumo precisam ser contemporizadas por uma prática menos medicalizante do que a que temos assistido.

#### **2.4.4 A consolidação e ampliação do mercado por meio de estratégias envolvendo as farmácias, os prescritores e os usuários**

Se a produção corresponde ao “primeiro ato” do processo capitalista de produção, o “segundo ato” decorre da necessidade de vender todo o produto. Para o processo se retroalimentar e manter sua competitividade, o mercado tem de ser constantemente ampliado (GIOVANNI, 1980), o que tem sido conseguido, nas várias fases do capitalismo, por meio de diferentes estratégias: aumento da produtividade pelo desenvolvimento tecnológico, facilitação de crédito e criação de necessidades, particularmente pela ação da indústria cultural (SORJ, 2001).

Um dos instrumentos para esse processo, no caso específico do consumo de medicamentos no Brasil, foi a expansão do número de farmácias e a sua caracterização como estabelecimento puramente comercial, particularmente com as drogarias.

Outro, diz respeito à propaganda de produtos que, juntamente com agressiva política em relação à lei de proteção de patentes para novas descobertas, foram estabelecidos pela grande indústria farmacêutica para manter o domínio sobre o mercado e o controle do saber tecnológico. Cabe ressaltar que é da propaganda que resulta, em grande parte, o êxito das empresas em fechar o ciclo entre a pesquisa e o retorno econômico. As estratégias de propaganda são tanto dirigidas diretamente aos que têm capacidade de promover e prescrever o novo produto – a farmácia e o médico, quanto, diretamente ao público leigo. Nesse sentido, a “medicalização” da sociedade não é uma “disfunção social” ou desvio, mas sim um processo inerente aos mecanismos estruturais, ligados à ampliação e generalização do “mercado” (LEFÈVRE, 1991). Contando com sistemas que informam sobre as prescrições e as vendas realizadas em todo o país, a indústria organiza suas estratégias de lançamentos e manutenção de produtos (GIOVANNI, 1980).

A promoção de medicamentos para prescritores utiliza diversas estratégias: das visitas dos propagandistas de laboratórios farmacêuticos divulgando os produtos com o fornecimento de folhetos, amostras grátis, brindes, ao financiamento de viagens, participação em eventos, patrocínio de publicações e pesquisas “científicas”. No setor público ou em hospitais as estratégias objetivam incluir os produtos nas listas de medicamentos selecionados na instituição. Nas farmácias são ofertadas bonificações, patrocinadas “gincanas” e outras “confraternizações”. Nestes estabelecimentos, frequentemente, é realizado o levantamento das prescrições por prescritor, visando avaliar a efetividade da promoção. Assim, o prescritor que recebeu auxílio para participar de um evento ou que é frequentador assíduo de jantares de lançamento ou promoção de medicamentos poderá ter suas prescrições monitoradas, com a justificativa de verificar se o “investimento está valendo à pena”. Outra estratégia visa à fidelização do cliente a um determinado laboratório por meio do fornecimento, via médico, de um cartão magnético que, se utilizado mensalmente na mesma farmácia, confere ao seu portador descontos de até 50 % no preço do medicamento prescrito (SANTOS; FARIAS, 2010).

Ainda para os profissionais da saúde, a indústria farmacêutica, sobretudo as grandes empresas, vem se valendo das teses do movimento da chamada medicina baseada em evidências, com a valorização outorgada aos ensaios clínicos para incrementar os argumentos publicitários em favor dos seus produtos. É oportuno lembrar que a realização de ensaios clínicos não é sinônimo de “validade científica” ou



“evidência elevada”. Existem ‘ensaios clínicos’ que deixam a desejar em termos de protocolo experimental ou que apresentam “eficácia” vinculada a parâmetros que não apresentam relevância clínica. Conforme Miguelote (2008, p. 7), “a indústria farmacêutica tem investido em projetos de pesquisas clínicas, com o objetivo de legitimar, cientificamente, seus produtos.”

Segundo Barros (2004), ensaios patrocinados pelas empresas farmacêuticas, com mais frequência tendem a salientar resultados positivos. Quanto aos resultados negativos, raramente divulgados, foram constatadas tentativas por parte das empresas para cercear a iniciativa de pesquisadores independentes de trazer a público resultados negativos.

Pereira (2009), ao analisar os investimentos das indústrias farmacêuticas brasileiras em programas sociais, relata que o investimento prioritário em educação profissional e em programas em saúde mostra um jogo de interesses das indústrias farmacêuticas. Estes investimentos, em médio e longo prazo, revertem em benefício das empresas e, frequentemente, abordam seguimentos terapêuticos atendidos pelas próprias empresas, caracterizando-se em um econômico e eficiente investimento publicitário. Seguindo as linhas de propaganda definidas para seus produtos, as indústrias farmacêuticas também investem em educação em saúde e em programas para deficientes físicos e/ou visuais.

Em relação às peças publicitárias, as destinadas ao público em geral são divulgadas nos meios de comunicação nos intervalos comerciais ou, sob formas mais sofisticadas, travestidas de jornalismo. Bonfim (1999) menciona a “sensibilização” do paciente através de artigos em periódicos, revistas de interesse geral e programas de televisão que precedem ou acompanham o lançamento de novos produtos. Frequentemente, são matérias focadas em algumas doenças, as quais destacam:

(...) as presumíveis insuficiências da terapêutica atual ou a grande incidência da doença que se pretende tratar, alimentando a ideia de que se necessita de algo melhor e que este está surgindo (BONFIM, 1999, p. 228).

Parte significativa desse tipo de reportagens utiliza-se de dados científicos, mesclados com misticismo, metáforas, alegorias e imagens como estratégia comercial. Para Nascimento e Sayd (2005), utiliza-se a articulação da autoridade moral da ciência a contextos simbólicos socialmente construídos. O discurso veiculado alcança migrar da

condição de um simples produto para o de produtor de crenças, valores, desejos e padrões coletivos de procedimento.

Embora a propaganda de medicamentos no Brasil<sup>7</sup> seja regulamentada, as infrações e os abusos ainda são frequentes. Segundo informações do Relatório de atividades de 2008 da Gerência Geral de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos sujeitos à vigilância sanitária da ANVISA<sup>8</sup>, as infrações à legislação mais frequentes são causar erro ou confusão quanto às características e finalidades do produto e ausência de contraindicações, inclusive a principal. Além disso, um percentual significativo das peças publicitárias de medicamentos omitem informações essenciais, sugerem que o medicamento não apresenta risco algum à saúde dos consumidores ou fornece informações que não estão comprovadas em estudos clínicos (SANTOS; FARIAS, 2010). Isso está de acordo com o que Cunha (2004) refere como característica das peças publicitárias veiculadas nos meio de comunicação: têm como princípios a simplificação (mensagem condensada para fácil captação e recordação); a saturação (sua eficácia é traduzida pela frequência com que é repetida); a parcialidade (a informação nunca é apresentada em sua totalidade) e a unilateralidade (a posição de quem emite a informação é a de quem apresenta conclusões certas e incontrovertidas).

O efeito da promoção de medicamentos naturalmente leva ao seu consumo desnecessário, incrementando a pressão sobre o Estado para o fornecimento desses produtos e impactando sobre o surgimento de doenças iatrogênicas, cujo custo também repercutirá em grande parte sobre os serviços públicos de saúde (SANTOS; FARIAS, 2010). Esse ciclo, que a cada giro demanda mais medicamentos, coloca esses produtos em uma posição de centralidade e absoluta essencialidade para a saúde, lhes conferindo visibilidade crescente. Ao mesmo tempo, o farmacêutico foi excluído do processo de cuidado.

---

<sup>7</sup> A propaganda de medicamentos no Brasil é regulamentada pelas Leis 6360/1976 e 9294/1996 e pelos Decretos 79094/1977; 2018/1996 e pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/1990, bem como Portarias específicas. Para o público leigo é permitida apenas a promoção de medicamentos de venda isenta de prescrição. A promoção de medicamentos de venda sob prescrição é permitida apenas para profissionais de saúde.

<sup>8</sup> [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/24b10800406afd7da329eb137b78f2dc/relatoriogestaoGPROP\\_2008.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/24b10800406afd7da329eb137b78f2dc/relatoriogestaoGPROP_2008.pdf?MOD=AJPERES)

## 2.4.5 O medicamento: instrumento terapêutico e bem de consumo

O caráter híbrido dos medicamentos, ou seja, ao mesmo tempo instrumentos terapêuticos e bens de consumo, facilita os processos de medicalização e de mercadização<sup>9</sup> farmacêutica, profundamente intensificados a partir dos anos 1980 (SANTOS; LEITE, 2008).

Enquanto instrumentos terapêuticos constituem uma necessidade social passível, portanto, de ser contemplada por políticas públicas. Como bens de consumo, entretanto, são tratados sob a lógica comercial. Além disso, os significados simbólicos atribuídos implícita ou explicitamente aos medicamentos agregam ainda outros elementos, resultando em um emaranhado de necessidades e demandas de difícil distinção, que se somam e se potencializam enquanto pressão social à espera da resposta do Estado (SANTOS; FARIAS, 2010).

Para se caracterizar como um instrumento terapêutico, o seu uso deveria decorrer do reconhecimento da existência de uma situação clínica farmacologicamente tratável ou passível de prevenção. Embora isso soe como uma obviedade, é preciso dizê-la para marcar a distinção entre tal situação e as várias outras para as quais o uso de medicamentos também é frequentemente requisitado, particularmente nas sociedades contemporâneas, caracterizadas pela baixa tolerância às frustrações e modelo hedonista de comportamento. São exemplos, nesses casos, o uso de medicamentos como amortecedor químico para as situações inerentes à vida, como o luto, o estresse, o medo, a solidão, a tristeza ou os sentimentos de inferioridade. Outros exemplos são o desejo de melhorar o desempenho intelectual, atlético, sexual ou no trabalho, controlar o comportamento de determinados pacientes, crianças ou outras pessoas; melhorar a aparência; controlar a fome, etc. (SANTOS; FARIAS, 2010) É o que Roudinesco (2000, p.24) chama de “ideologia medicamentosa”: de uma forma pragmática e materialista os medicamentos, particularmente os psicotrópicos, normalizam comportamentos e eliminam sintomas dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar

---

<sup>9</sup> Bonfim (1999, p. 224) apresenta a tradução proposta pelo gramático Napoleão Mendes de Almeida do termo *marketing* como mercadologia, indicando “o estudo do fluxo de bens e serviços de um fabricante até o consumidor final ou industrial”, e mercadização, como o “ato físico, a atividade de aplicar, de por em prática o conceito, o conteúdo da mercadologia”.

significação e, com isso, cimentam a potencialidade contestatória de certas manifestações psíquicas contra a ordem socialmente estabelecida, “[encerrando] o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana” (ROUDINESCO, 2000, p.22).

Conforme Petrovick (2004), um dos mais poderosos instrumentos para a indução e fortalecimento de hábitos de consumo é obtido pela exploração do valor simbólico dos medicamentos, a qual é habilmente utilizada na promoção de medicamentos. Como mercadoria, materializa algo abstrato como a saúde em objeto de consumo concreto. Simbolicamente, os medicamentos estão fortemente associados à saúde e ao poder tecnológico. Em relação à primeira simbologia, Lefèvre (1991) comenta que, para muitas pessoas, os medicamentos são “pequenos e práticos recipientes” que contém saúde concentrada. Em relação à segunda simbologia (poder tecnológico), os medicamentos materializam o sonho moderno do homem de controlar a natureza e o seu destino. Assim, o medicamento reveste-se socialmente de um sentido ou significado para além de sua finalidade farmacoterapêutica, e passa a ser uma possibilidade de solução para situações desconformes com a moda do dia e para as consequências do próprio processo de produção social da saúde (que é também o da produção social da doença).

O medicamento enquanto símbolo (...) é a possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível de materializar, representar, numa pílula ou em algumas gotas, este valor/desejo, sob a forma de prevenção, remissão, triunfo definitivo (...) sobre o cortejo de males do corpo e da alma que afetam o homem, e sobre as ‘carências’ ou ‘limitações’ inerentes à condição humana (...). (LEFÈVRE, 1991, p. 23)

Enquanto mercadoria cujo valor simbólico transcende o seu valor utilitário, exemplifica o fenômeno descrito por Marx (1996) como fetichismo da mercadoria, processo por meio do qual o valor de troca já não guarda relação com o valor de uso, mas se apresenta como propriedade inerente da mercadoria em questão, mascarando as relações sociais da produção e do consumo. Nesse processo, o movimento das trocas passa a ser presidido pelo valor de troca e a mercadoria, e não sujeitos conscientes, ganha *status* de ente autônomo com capacidade de comandar o modo de produção e determinar o consumo.

No imaginário popular, os valores clínicos divulgados através da mídia e das práticas medicalizadas dos serviços de saúde ganham sentido, incorporando crenças e valores culturais. Assim, os medicamentos passam a fazer parte do cotidiano das pessoas – por desejo ou por repúdio – e são ressignificados nas experiências vividas, individualmente ou pelo grupo social, no enfrentamento das doenças e na construção de condições de vida (LEITE, 2005).

A produção incessante de estereótipos, valores estéticos e comportamentais conforma uma nova forma de sociabilidade, a biossociabilidade:

É uma forma de sociabilidade apolítica construída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamento tradicional como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, etc. [...] Na biossociabilidade todo um vocabulário médico-fiscalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’, fornecendo os critérios de avaliação individual. (ORTEGA, 2003, p. 63-64)

Essa ideologia ou moralidade da saúde é a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade, em decorrência do processo de crescente decomposição do espaço público, da privatização e intimismo característicos da modernidade. A biossociabilidade requer a construção de “bioidentidades”, identidades somáticas, baseadas em critérios biológicos, externos, em que:

(...) o corpo e a comida ocupam o lugar da sexualidade como fonte potencial de ansiedade e de patologia. O tabu que se colocava sobre a sexualidade desloca-se agora para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol (ORTEGA, 2003. P. 61).

As bioidentidades, estruturadas na externalidade, necessitam de artigos identitários (atividades de *bodybuildin*, tatuagens, *piercings*, transplantes, próteses, medicamentos, etc.). Usando outra terminologia, Rolnik (2005) chama de drogas identitárias, aquelas destinadas aos “toxicômanos de identidade”: dos produtos do narcotráfico aos

medicamentos, dos produtos oferecidos pela TV à literatura de autoajuda, passando pela busca exasperada do corpo/aparência da moda (SANTOS; LEITE, 2008).

Outra finalidade dos medicamentos, além da simbólica e social, a qual nem sempre é explícita, é o uso do medicamento como instrumento de poder, quer no microcosmo da atividade profissional, quer no macro cenário político. Especialmente quando usado como placebo, o medicamento preenche, para o médico, a função de reassegurar o seu poder ou autoridade frente ao paciente e a si próprio em situações de incerteza (COMAROFF, 1976 *apud* LEFÈVRE, 1991). Para o farmacêutico, suas responsabilidades institucionais e legais perante os medicamentos lhes confere distinção (e poder) enquanto “guardiões dos medicamentos”. Como demonstra Grimberg (2005), historicamente, os medicamentos também são utilizados como moeda política. O acesso aos medicamentos no Brasil vem sendo aprimorado por diferentes vias institucionalizadas formal ou informalmente no setor público. Contudo, esse acesso, além das políticas sociais, também acontece por vias clientelistas e assistencialistas, como demonstram os estudos das trajetórias de usuários de medicamentos de Itajaí (SC) (LEITE; MAFRA, 2007).

Concluindo esse item, tem-se que a industrialização dos medicamentos, iniciada no século XX, opera como motriz de outros dois processos: o declínio da profissão farmacêutica nos países periféricos e a supervalorização do medicamento. Nesse movimento, assistência farmacêutica passa a significar a disponibilização do medicamento, desvinculadamente de qualquer ação ou prática farmacêutica.

## 2.5 O ENSINO FARMACÊUTICO

Outro elemento que contribuiu para a descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde foi sua própria formação acadêmica. Para Santos (1999), enquanto ocorria o distanciamento tecnológico entre a indústria nacional e a internacional, a formação farmacêutica dirigia-se mais a aspectos comerciais do que aos voltados para os cuidados em saúde, por interesses corporativos em garantir espaços no mercado de trabalho. Nesse sentido, a legislação de 1930, ao contemplar atividades que vinham sendo executadas pelos farmacêuticos nas dependências da farmácia (análises clínicas, bromatológicas, etc.), antes destinadas à preparação de medicamentos, é

um exemplo de ampliação do campo de trabalho e descaracterização da profissão.

Desde o pós-Segunda Guerra, com a polarização entre Estados Unidos da América e União Soviética, a política externa americana para a América Latina visava à prevenção de conflitos sociais. Para isso, uma de suas estratégias foi dirigida à educação. Para tanto, contou com convênios internacionais como o estabelecido entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a *United Agency International Development* (USAID), conhecido como Acordo MEC-USAID, com a difusão de preconizações estabelecidas pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e com o fomento de pesquisa por meio de fundações americanas como Rockefeller, Milbank e Kellogg. Embutido no processo estava:

(...) a possibilidade de aderência à proposta de uma Medicina Preventiva liberal, privada e apta a atuar em todas as fases e momentos do processo saúde/doença visto sob as lentes da História Natural das Doenças de Leavell & Clark. (TAMBELLINI, 2003, p.50-1)

No que tange o ensino farmacêutico, as reformas ocorridas na década de 1960 aprofundaram a descaracterização profissional. Em 1962, foram implementadas disciplinas “que dariam importância aos adjetivos deste [do farmacêutico], principalmente ao bioquímico voltado para o laboratório de análises clínica.” (SANTOS, 1999, p.82). Com isso, a formação farmacêutica propriamente dita foi transformada em uma etapa preliminar, praticamente pré-profissional, para as habilitações de farmacêutico industrial ou farmacêutico-bioquímico. Em 1965, a formação especificamente farmacêutica esteve a ponto de desaparecer: o Ministro da Educação da época sugeriu ao Conselho Federal de Educação (CFE) a extinção das Faculdades de Farmácia, cujo curso deveria ser ministrado nas Escolas de Química (COELHO, 1980). A partir do ano seguinte, 1966, como resultado do Acordo MEC-USAID, intensificou-se uma educação utilitarista, voltada para as necessidades do mercado (MARINHO, 2005). A legislação de 1969, de acordo com os preceitos contidos nesses acordos, devia formar profissionais para o mercado de trabalho nascente, dentro de uma concepção tecnicista. No parecer do CFE, há uma recomendação explícita para que a formação para a indústria farmacêutica enfatize “os processos físicos”, subtraindo sua vinculação para com a saúde e eliminando a disciplina de Química Farmacêutica, núcleo central para a formação farmacêutica de então

(COELHO, 1980). Para Santos (1999), as transformações da universidade brasileira na década de 1960 decorreram da necessidade de implementação do modelo de desenvolvimento imposto pelo capital monopolista, absorvendo os setores das classes médias que viam no ensino superior a sua única possibilidade de ascensão social e despolitizando a universidade. A formação de recursos humanos foi deslocada para uma ocupação a ser gerada pelo complexo industrial médico-farmacêutico de produção de medicamentos, de aparelhos médicos e de diagnóstico clínico. Ainda, na análise de Santos (1999), a formação foi estabelecida com uma concepção epistemológica fundamentada no positivismo, de neutralidade da ciência e construção do conhecimento em um contexto “asséptico” e “a-histórico”:

O processo educacional se reduz a uma linha de montagem, como de resto, a própria divisão parcelar do trabalho: a mera execução, submetendo-se à distância, a quem concebeu sua forma, conteúdo e metodologia. (SANTOS, 1999, p.11)

Para Schenkel e Cunha Jr. (2007), o impacto da reforma universitária do final de 1960 teve também consequências para a produção de conhecimento na área, pela migração que provocou entre os docentes. Aqueles ligados às disciplinas básicas deslocaram-se para os institutos de Ciências Básicas, onde, além do ensino, continuaram a desenvolver pesquisas. Os docentes vinculados às disciplinas especificamente profissionalizantes, muitos dos quais sem dedicação exclusiva, permaneceram nas Faculdades e Departamentos de Farmácias. Na década de 1970, mesmo com o cerceamento à liberdade imposto pelo regime militar, movimentos nacionais e internacionais passaram a ter repercussão no Brasil, principalmente em relação ao ensino de medicina. Internamente, já estava em andamento a formulação de projetos críticos à Medicina Preventiva liberal, articulando projetos alternativos para a saúde e para a sociedade. Externamente, houve a atuação da OPAS e das fundações americanas. Em 1972, a OPAS convocou uma reunião com os ministros da saúde da América Latina, para o desenvolvimento de um programa de “extensão de cobertura dos serviços de saúde”. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a conferência mundial de ministros da saúde, com o tema Atenção Primária à Saúde, lançando a Declaração de Alma-Ata, marco no desenvolvimento de muitos dos atuais sistemas de saúde. Também nessa década, a Fundação Kellogg apoiou, algumas vezes em



colaboração com a OPS, a implantação de projetos de integração docente-assistencial (IDA), responsáveis pelo ensaio de propostas capazes de transformar simultaneamente o ensino e o setor saúde (CHAVES; KISIL, 1999). A participação mais ativa sempre foi da Medicina, seguida da Enfermagem. Esporadicamente, houve participação da Farmácia, como no projeto desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, no qual os professores e estudantes, na condição farmacêuticos-bioquímicos, realizavam exames típicos das análises clínicas. Entretanto, a efervescência desses movimentos, que evoluiu para o que veio a se chamar de Reforma Sanitária Brasileira, não provocou alterações na formação acadêmica da farmácia.

Na década de 1980, promovido por as entidades e órgãos da categoria farmacêutica, iniciou-se um debate nacional envolvendo professores e alunos dos cursos de Farmácia do Brasil. Buscando resgatar a posição do farmacêutico como profissional da saúde, reforçava-se a ligação desse profissional com o medicamento. Isso polarizou as posições internas à profissão, entre farmacêuticos e farmacêuticos-bioquímicos, resultando, mais uma, vez no imobilismo das instituições formadoras.

(...) salvo raras exceções, os cursos de Farmácia continuaram a ser organizados na perspectiva de gerar profissionais que não olhavam para o mundo externo, incapazes de perceber as transformações do mundo do trabalho já em andamento e distantes do debate e da concretude de suas responsabilidades com a construção de um sistema de saúde que atendesse aos interesses e necessidades do conjunto da população. (RECH, 2008, p. 25)

Outra preocupação, mais recente, diz respeito ao crescimento no número de cursos de graduação, desde 1997. Para Schenkel e Cunha Jr. (2007), esse crescimento foi desproporcional, tanto comparativamente aos números de outros países, quanto em relação à dimensão do sistema de formação em nível de pós-graduação.

Como mudança importante e positiva deste movimento, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (CNE, 2002), assim como das demais profissões da saúde, preconizam que a formação farmacêutica deva prover as ferramentas necessárias para que o farmacêutico esteja habilitado a assegurar a atenção à saúde, a tomada de decisões, a interação com outros profissionais e com o

público. Também explicitam que a formação farmacêutica contemple as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de um consenso ou, minimamente, um projeto nacional para a formação/profissão farmacêutica, a tradição na formação tecnicista e biológica, as diferentes interpretações das Diretrizes Curriculares Nacionais, por vezes excessivamente simplistas e por vezes tão abrangentes quanto impossíveis de operacionalizar, bem como o grande crescimento do número de Cursos de Farmácia no setor privado, não obrigatoriamente vinculados às necessidades sociais, ainda fazem do ensino farmacêutico, um dos grandes desafios para a profissão farmacêutica no Brasil, no atual século. Neste desafio inclui-se a necessidade de se pensar e agir numa perspectiva de construção e consolidação de uma concepção ampliada de Assistência Farmacêutica, que busque respostas técnicas às questões do acesso e uso racional de medicamentos, sob uma ética de justiça social e solidariedade.

### 3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITO

Esse capítulo trata da Assistência Farmacêutica enquanto produto de políticas sociais, cuja materialidade ocorre com a disponibilização de medicamentos. Nessa perspectiva, o conceito de política social passa a ser norteador para a análise da Assistência Farmacêutica.

Aqui, política social é considerada uma política pública, cuja finalidade (e especificidade) é a proteção social (GIOVANNI, 2008).

Como as demais políticas públicas, as políticas sociais podem ser analisadas sob diferentes prismas. Conforme Souza (2006), há duas tradições de análises. A primeira trata as políticas públicas como produção de governos, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. A segunda, ao contrário, decorre dos estudos sobre o Estado, seu papel e suas instituições.

Nesse trabalho, parte-se da segunda tradição, pelo entendimento de que as políticas públicas resultam das relações entre Estado e sociedade. A partir desse entendimento e a título de contextualização histórica, antes da análise da Assistência Farmacêutica no Brasil, sob a perspectiva dos direitos e das políticas sociais, são apresentadas considerações sobre a constituição do direito à saúde no Estado Moderno.

#### 3.1 DIREITO À SAÚDE, DEVER DO ESTADO – CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E TEÓRICAS

O espaço temporal relativamente pequeno, de pouco mais de duas décadas, desde que o direito universal à saúde (com o conseqüente dever do Estado) tornou-se lei no Brasil, não deve nos iludir sobre o percurso histórico que o precedeu. Os valores nos quais está embasado são comuns àqueles que fundamentaram os Direitos Humanos. Presentes na cultura ocidental desde o início do Cristianismo, para passarem à condição de direito, foi necessário ocorrer a mais profunda alteração do quadro político e social do ocidente marcada pela Revolução Francesa e ascensão do capitalismo.

### 3.1.1 Direitos humanos e direito à saúde

O primeiro manifesto em prol dos direitos humanos encontra-se na Declaração de Independência dos Estados Unidos da América<sup>10</sup>, de 1776:

Consideramos estas verdades como evidentes por si mesmas, que todos os homens são criados iguais, dotados pelo Criador de certos direitos inalienáveis, que entre estes estão a vida, a liberdade e a procura da felicidade.

Essa afirmação passou à condição de direito positivado a partir da Revolução Francesa, quando se estabeleceu a obrigatoriedade de tais direitos serem “assegurados pela autoridade pública”<sup>11</sup>. A partir de então, serviu de modelo à Constituição de vários países e à Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948.

Para Bobbio (2000), as palavras das Declarações não são novas, mas é novo o âmbito de validade de suas disposições, pois os direitos naturais deixam de ser aspirações ideais e tornam-se pretensões juridicamente reconhecidas e protegidas contra eventuais violações por parte dos cidadãos e dos poderes públicos.

Dos valores que moveram a Revolução Francesa, “liberdade, igualdade e fraternidade”, somente o primeiro foi positivado naquele momento. Como valor, já estava presente na Grécia Antiga, muito embora a liberdade (política), concedida apenas a uma pequena parte da população, estivesse subordinada à autoridade onipotente do Estado (Pólis). Ser livre significava participar da comunidade política; era a liberdade do cidadão e não do indivíduo. O Cristianismo proclama outro tipo de liberdade, não a política, mas a de consciência: uma vez que cada ser humano é o único responsável por seus atos, devem ser respeitadas as escolhas fundamentais por ele feitas. Era a liberdade

---

<sup>10</sup> Disponível em: [http://www.arqnet.pt/portal/teoria/declaracao\\_vport.html](http://www.arqnet.pt/portal/teoria/declaracao_vport.html). Acessado em 13/08/2009.

<sup>11</sup> O primeiro direito estabelecido na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, contida na introdução da Constituição Francesa, de 1789, é que “os homens nascem e permanecem livres e iguais perante a lei”. Disponível em: <http://www.historianet.com.br/conteudo/default.aspx?codigo=180>. Acessado em 13/08/2009.

como não impedimento, cuja esfera coincidia com a dos comportamentos não regulados.

No século XVIII, embora essa ideia de liberdade não desapareça, ocorre uma modificação com a teoria do contrato social como fundamento da sociedade. Contra o absolutismo político, a liberdade relativa aos direitos políticos começa a tomar forma. É o início do liberalismo como ideologia. É a passagem do conceito de liberdade como não impedimento para liberdade como autonomia, passível de ser regida por normas externas, as leis (BOBBIO, 2000). Com Locke, cujas ideias foram absorvidas pela Revolução Liberal Inglesa, a defesa da liberdade é imiscuída ao direito à propriedade. Estabeleceram-se, assim, duas ideias de liberdade: a intelectual (incluindo a liberdade de consciência) e a econômica (o direito de possuir e usufruir da propriedade).

Nesse sentido, e em grande medida, nas primeiras Declarações, além dos princípios éticos, estava impressa a vontade da burguesia de romper com os abusos da monarquia.

Com a justificativa de que existem “direitos naturais e inalienáveis do homem”, foram assim positivados os chamados de direitos de primeira geração, que correspondem aos direitos civis e políticos. Os direitos civis dizem respeito à liberdade individual, liberdade de palavra, pensamento e fé, liberdade de ir e vir, o direito à propriedade, o direito de contrair contratos válidos e o direito à justiça. Os direitos políticos referem-se à participação de cada indivíduo no processo político. São de cunho individualista, em consonância com a visão de mundo do liberalismo e de seu entendimento “que o governo é para o indivíduo e não o indivíduo é para o governo” (LAFER, 2006, p.15). Exigem a atuação negativa do Estado no sentido de punir os seus infratores.

Em uma segunda etapa que se estende até hoje, houve a progressiva extensão dos direitos de primeira para os de segunda geração, os quais se vinculam ao valor da igualdade: são os direitos econômicos, culturais e sociais, dentre os quais, o direito à saúde. Conforme Zavaski (1998), para ser adequadamente cumprido o ideal de liberdade, foi necessária a implementação efetiva e material dos direitos de igualdade (como no Estado do bem-estar social). A positivação desta segunda geração de direitos ganhou força com as concepções socialistas e de justiça social que conclamam uma igualdade concreta, a qual possibilitaria a todo indivíduo partilhar do bem-estar social construído e acumulado pela humanidade. O Direito Constitucional de segunda geração, ou Direito Constitucional do Estado Social, inicia a partir dos

movimentos revolucionários e sociais ocorridos no México, na União Soviética e na República de Weimar. A Constituição Mexicana de 1917 foi a primeira a reconhecer as garantias sociais e os direitos coletivos dos trabalhadores (LAFER, 2006; BOBBIO, 2000).

As teorias políticas fundamentadas na liberdade enquanto um valor para o homem como indivíduo são doutrinas individualistas. Já as teorias políticas igualitárias não focalizam as particularidades, centrando-se no todo, na sociedade como um todo, uma vez que esse valor pressupõe uma pluralidade de entes. Daí decorre o antagonismo entre igualdade e liberdade, verificado, por exemplo, na tensão entre os direitos civis e políticos, relativos à esfera privada (direitos de primeira geração), e os direitos sociais, relativos à esfera pública (direitos de segunda geração).

Conforme Carvalho (2008), a sequência com que ocorreram as conquistas dos direitos nos países centrais, como a Inglaterra, tem uma lógica. A luta pelos direitos civis, antes dos demais, como garantia da vida em sociedade, possibilitou a formação de um Judiciário independente do Executivo. Em seguida, os direitos políticos, garantindo a participação do cidadão no governo, consolidavam-se nos partidos e no Legislativo. Por fim, os direitos sociais, para a garantia da participação na riqueza coletiva, exigiam a atuação do Executivo. Ocorrendo dentro das fronteiras geográficas e políticas do Estado-nação:

Era uma luta política nacional, e o cidadão que dela surgia era também nacional. (...) As pessoas se tornavam cidadãs à medida que passavam a se sentir parte de uma nação e de um Estado. (CARVALHO, 2008, p. 12)

Para Zavaski (1998), para implantar uma sociedade igualitária é necessário que se promova a efetivação do terceiro sonho dos revolucionários franceses: o sonho da fraternidade, cuja concretude estaria nos direitos de terceira geração, os direitos baseados na solidariedade. São os chamados direitos “coletivos” ou “difusos”, ainda em discussão conceitual. Para além desses, também já se fala dos direitos de quarta geração. Segundo Bobbio (2000, p.676) os direitos de terceira e quarta geração “nascem de situações novas, inimagináveis até poucos anos atrás, que colocam em perigo e submetem a novas restrições, a novas ameaças, tanto as liberdades tradicionais quanto a vida em seu curso natural (...) e também a segurança social”. Dizem respeito, por exemplo, ao direito de se viver em ambiente não poluído, o direito à privacidade, à integridade do patrimônio genético.

### 3.1.2 Saúde e poder

A ação do Estado em relação à saúde da população é anterior à positivação do direito à saúde. Iniciou com a formação dos Estados Nacionais, territórios geográficos definidos cultural e linguisticamente, que suplantaram o modelo feudal na Europa da Idade Média. A principal característica do Estado Nacional ou absolutista estava na centralidade do poder, concentrado na autoridade monárquica, que se complementava com a ideia de uma nação forte.

Gradativamente, a intervenção governamental nos assuntos econômicos intensificou-se, de forma a expandir o volume da indústria que iniciava e do comércio (BURNS, 2005). Para isso, os Estados estabeleceram aparelhos burocráticos para as questões administrativas e exércitos – instrumento para a fixação dos limites territoriais e para a imposição de uma autoridade de ordem nacional. A intervenção estatal passou a se estender também sobre as questões sociais, dentre as quais a saúde (ROSEN, 1994).

Nesse sentido, a adoção de uma política paternalista, com o governo exercendo a função de um guardião zeloso sobre as vidas de seus cidadãos, era vista como essencial, não por uma concepção caritativa ou de justiça, mas como forma de garantir indivíduos numerosos e sadios tanto ao setor produtivo, quanto para a defesa (exército) da própria nação. Adicionalmente, para aumentar o poder e a riqueza nacionais, “fazia-se necessária uma população grande”, cujas necessidades materiais deveriam ser satisfeitas, de tal forma a possibilitar sua utilização “segundo os interesses da política pública” (ROSEN, 1994, p.92). Assim, a formação dos Estados Nacionais conformou uma nova prática de poder cada vez mais presente e característica da modernidade: o poder sobre a vida.

Com o avanço do desenvolvimento industrial, e consequente concentração urbana, a preocupação com a saúde das populações ganhou cada vez mais relevância (não sem a luta intensa por parte dos próprios trabalhadores), já que implicava diretamente na produção industrial. Na medida em que o processo de industrialização suprimiu as relações tradicionais do feudalismo, algum tipo de proteção social, legal ou assistencial era necessário para regular as condições de trabalho e minimizar os sofrimentos da situação de miséria, reconhecida como problema social (FLEURY, 1997). Além de regular a produtividade da força de trabalho, a ação governamental em relação à saúde e outras questões sociais visava também diminuir as tensões produzidas pela desigualdade (SANTOS, 1999).

A intervenção do Estado sobre a saúde e sobre a vida de seus habitantes pode ser interpretada como um mecanismo de fortalecimento do poder, uma estratégia política em função do Estado, necessária para reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via de explosão demográfica e de industrialização (FOUCAULT, 2004; FOUCAULT, 2006).

Revoltas e revoluções de aparência religiosa ou intelectual (como a Revolução Protestante e a Revolução Francesa), mas de fundo econômico, foram fortalecidas com a expansão do capitalismo e o crescimento da sociedade burguesa, até a derrubada dos Estados Absolutistas. Com o seu fim na Europa e com a independência dos Estados Unidos da América, foram estabelecidos os Estados liberais, capitalistas ou modernos, marcados pela inversão jurídica de ênfase nos deveres para a ênfase nos direitos dos indivíduos (BOBBIO, 2000). É no bojo dos direito do indivíduo que se estabelece posteriormente, dentre outros, o direito à saúde.

A transição para o Estado moderno seguiu, na Europa, duas vias principais, a liberal-burguesa e a modernização conservadora (FLEURY, 1997), cuja menção tem o sentido de auxiliar a compreensão sobre os modelos de intervenção estatal, inclusive em relação à saúde, a que cada uma conduz. No primeiro caso, a burguesia, geralmente em aliança com setores populares, enfrenta o latifúndio feudal. Essa etapa corresponde, na visão gramsciana, a uma revolução do tipo jacobino, decorrente da mobilização das massas e radical. São exemplos, a Revolução Francesa e a Inglesa. Com a vitória, o processo que se instaura opõe-se completamente à ordem anteriormente vigente, sendo por isso chamado de revolucionário. As relações econômicas, políticas e sociais tradicionais são substituídas. A burguesia, de ideologia liberal, estabelece um Estado que se caracteriza basicamente pela postura não intervencionista e as políticas sociais são mínimas. A “modernização conservadora” se caracteriza quando não há uma burguesia hegemônica e a transição ocorre sem afastar as classes tradicionais do bloco do poder. É a revolução por alto, via Estado, já que este faz a mediação entre a burguesia industrial e a elite agrária, atuando também como agente repressor das classes subalternas, como condição de manutenção da coalizão do poder dominante. A debilidade da burguesia também se faz sentir na fraca sustentação da ideologia liberal, resultando em uma presença estatal enorme (FLEURY, 1997).

No Brasil, um tipo de Estado Absolutista foi esboçado com a vinda de D. João VI, em 1808, inaugurando a implantação de um aparelho burocrático-administrativo e uma relativa centralidade política.



Porém, as principais características do Brasil Colônia foram mantidas, tendo sido determinantes para a via pela qual o Brasil fez sua transição ao capitalismo séculos mais tarde, bem como para a frágil concepção de cidadania<sup>12</sup> aqui desenvolvida.

Sem encontrar bens de interesse ao comércio de então, Portugal estabeleceu a exploração agrícola das terras brasileiras, baseada no tripé da monocultura, do latifúndio e do escravismo, sob o modelo de exploração mercantilista<sup>13</sup>. Como os demais impérios coloniais, sua fundação, no fim do medievalismo, foi o mecanismo que a Europa mercantilista estabeleceu para expandir o seu comércio (SODRÉ, 2003). O modelo aqui adotado, em alguns aspectos próximo ao sistema feudal<sup>14</sup>, criou condições para que as transições, até o século XX, se dessem “pelo alto”. Com o escravismo, que existiu até o final do século XIX, não havia mercado consumidor interno, impedindo que se formasse uma burguesia local, diferentemente das colônias de povoamento. Além disso, os primeiros imigrantes eram indivíduos que buscavam enriquecimento rápido e com pretensões de retorno ao país de origem sem, portanto, qualquer sentimento nacionalista pela nova terra. O território colonizado, por isso, era visto somente como espaço de exploração e enriquecimento individual e não como lócus de identidade nacional. Por se constituírem como sociedades de direitos e privilégios, sem igualdade jurídica ou de princípios de direitos legais universais,

---

<sup>12</sup> Cidadania aqui se reveste de um caráter mais geral, abrangendo o conjunto de direitos civis, políticos e sociais. Quando apresentada sob a perspectiva das políticas sociais, estará sendo referida unicamente aos direitos sociais.

<sup>13</sup> Modelo no qual a metrópole estabelece o monopólio econômico com sua colônia que, além de servir de mercado para os produtos daquela, como os manufaturados, fica impedida de produzi-los, para que não crie concorrência, só podendo produzir o que a metrópole revende com lucro, no caso, artigos tropicais.

<sup>14</sup> As semelhanças, mais aparentes do que reais, residem no fato de que tanto os feudos quanto as capitânicas coloniais eram concessões da Coroa, sujeitas à observância de algumas obrigações do senhor para com o rei. Entretanto, enquanto no feudalismo o poder estava pulverizado, no período da colonização do Brasil as monarquias nacionais já estavam formadas na Europa e o poder cada vez mais se concentrava nas mãos do soberano. Mas essa característica também deve ser relativizada para o Brasil colônia: a sua vasta extensão territorial e distância da Metrópole dificultavam ou até impediam a fiscalização da Coroa Portuguesa. Dessa forma, a concentração do poder soberano dos Estados absolutistas europeus, aqui não se mostrava de forma tão monolítica. O trabalho servil do feudalismo, subordinado a um contrato entre senhor e servo, é também distinto do escravismo estabelecido aqui. Nenhuma proteção era dedicada ao escravo, salvo enquanto mercadoria, já que era um indivíduo destituído de qualquer direito.

inexistiam elementos que fomentassem qualquer noção de cidadania. Para Carvalho (2008), a herança da escravidão foi o fator mais negativo para a cidadania brasileira. Conforme esse autor, escravos e senhores não eram cidadãos. Os primeiros, destituídos dos direitos civis básicos à integridade física, à liberdade e à própria vida, eram considerados propriedade do senhor, equiparados a animais. Os segundos, embora livres e com direitos civis, eram destituídos do sentido da cidadania, a noção da igualdade de todos perante a lei. “Em suas mãos, a justiça, (...) principal garantia dos direitos civis, tornava-se simples instrumento de poder pessoal” (CARVALHO, 2008, p. 21). Admitindo a escravidão, até mesmo entre as ordens religiosas católicas, a liberdade como valor supremo e, conseqüentemente, a luta pelas conquistas dos direitos relativos a ela não tiveram muita expressão aqui. Mesmo quando houve a defesa da abolição, o argumento não se baseava na liberdade individual como direito inalienável do ser humano, conforme havia sido conclamada pelas declarações de direitos do ser humano de tradição iluminista. A defesa da abolição no Brasil, afora as pressões externas, foi defendida porque a escravidão era vista como fator de impedimento à integração social e política do país, além de provocar um crescimento exagerado do Estado, bem como de impedir o desenvolvimento das classes sociais e do mercado de trabalho (CARVALHO, 2008). Segundo Lopes (1988), o sistema escravista também foi determinante para a diferença no processo emancipatório brasileiro, em relação aos demais países latino-americanos. Fator de unidade nacional, ponto comum a ser mantido pelas classes dominantes, teria sido o elemento responsável para a ausência de lutas e a manutenção da extensão territorial. Uma das maiores heranças que o modelo colonial de exploração deixou foi a construção de uma sociedade extremamente desigual e cuja desigualdade apresenta um forte componente espacial e racial (SORJ, 2001).

Somando-se à herança colonial, o período imperial deixou uma elite política que, para manter a unidade nacional, se utilizava da centralização do aparelho burocrático e militar. Desta forma, o poder foi institucionalizado na forma do Estado antes mesmo de estar constituída a nação. Conforme Fleury (1997), essa situação, típica nos países dependentes de capitalismo tardio, ocorreu em consequência da debilidade da estrutura econômica. Ao contrário, nos países desenvolvidos, o fortalecimento da esfera econômica exigiu a presença do Estado apenas para a manutenção da ordem da sociedade dividida em classes. Ainda segundo a autora, quando o Estado torna-se o lugar privilegiado para a constituição das forças sociais, há uma politização

dos conflitos e, paradoxalmente, o político esvazia-se de sua função de representação dos interesses sociais. Os interesses, como não representam setores sociais são, portanto, personalizados e se expressam em práticas clientelistas e patrimonialistas. Por sua vez, o aparelho estatal ganha lugar privilegiado como arena política, tornando a burocracia estatal um ator político, e não apenas administrativo (FLEURY, 1997).

Sorj (2001) exemplifica essa situação ao descrever a consolidação do poder local dos grandes proprietários de terra através de relações clientelísticas e pelo controle direto dos órgãos de repressão ou de administração local, dentro de um sistema de valores que ligava o poder local ao poder central, conhecido como “coronelismo”. Essa forma de governar que mistura questões e recursos do Estado para fins privados – o patrimonialismo – está associado, no Brasil, à extrema desigualdade social, a impunidade de suas elites e o abandono dos setores mais pobres da população (SORJ, 2001). Mesmo que a Constituição de 1824, considerada liberal para a época, tivesse introduzido o direito de voto, os brasileiros tornados por ela cidadãos, em sua maioria, eram analfabetos e viviam nas áreas rurais controladas política e economicamente pelos grandes proprietários. Com as alterações 1881, que tornavam o voto facultativo e somente reconheciam como eleitor o sujeito alfabetizado com renda mínima de 200 mil-réis, houve um encolhimento de quase 90% do eleitorado. Essa situação não foi alterada significativamente com a proclamação da República, em 1889, principalmente pela questão do analfabetismo como impeditivo ao direito político. Assim, a Primeira República ficou conhecida como a “república dos coronéis” (CARVALHO, 2008).

Para Coutinho (1980), uma das grandes características que se assinala no percurso brasileiro é que:

(...) todas as grandes alternativas concretas vividas pelo nosso País, direta ou indiretamente ligadas àquela transição (Independência, Abolição, República, modificação do bloco de poder em 30 e 37, passagem para um novo patamar de acumulação em 64), encontraram uma resposta “à prussiana”; uma resposta na qual a conciliação “pelo alto” não escondeu jamais a intenção explícita de manter marginalizadas ou reprimidas – de qualquer modo, fora do âmbito das decisões – as classes e camadas sociais “de baixo”. (COUTINHO, 1980, p. 132-3)

Nesse sentido, o Movimento da Reforma Sanitária, surgido no Brasil na década de 1970 e que culminou com a positivação do direito à saúde, na Constituição Federal de 1988, e a criação do SUS, marcou uma ruptura nessa trajetória. Abarcando diferentes atores sociais, extrapolou os limites biomédicos estabelecidos até então para as questões da saúde e incorporou-se à luta política por democracia e justiça social, como questões essenciais à saúde e à vida.

### 3.1.3 Concepções teóricas sobre Estado

Há diversas (e divergentes) teorias que tentam explicar o Estado e o seu funcionamento. Em um extremo, afirma-se que o Estado é uma entidade neutra, desvinculada da sociedade e da economia, em que todo e qualquer grupo de indivíduos pode disputar o poder político ou, minimamente, pressionar o Estado. No outro polo, estão as teorias que enfatizam a relação entre o poder econômico e o político.

A escolha do referencial para este trabalho situa-se no segundo grupo, mais exatamente na última publicação de Poulantzas<sup>15</sup> (2000), na qual o autor pretende articular a concepção do Estado capitalista à dinâmica da transição socialista colocada pelo socialismo democrático na Europa, na década de 1970. Desde a década de 1950, em decorrência do desenvolvimento dos sistemas de proteção social e da crescente intervenção estatal na economia, havia ressurgido o questionamento sobre a natureza do Estado capitalista. Antes disso, ainda no início do século XX, a divergência quanto ao caminho para se atingir o socialismo (revolução política *versus* evolução política gradual) já estava presente entre os partidos de esquerda. Por ocasião da Primeira Guerra Mundial as diferenças acirraram-se, marcando a cisão entre comunistas e social democratas. Uma nova divisão ocorreu entre aqueles que acreditavam que o sistema capitalista poderia ser mantido sob uma reforma (social democracia) e aqueles que, mesmo sem revolução, defendiam a abolição do capitalismo e sua substituição por um sistema socialista democrático

---

<sup>15</sup> Trata-se do livro **O Estado, o poder, o socialismo**, originalmente publicado em 1978, cuja edição em português, utilizada nesse trabalho, encontra-se referida como Poulantzas (2000). Essa especificação se faz necessária, tendo em vista as modificações no pensamento desse autor em relação a suas obras anteriores, como ele próprio registrou (POULANTZAS, 2000).

(socialismo democrático). Essa última, chamada de “via europeia ao socialismo”, ou eurocomunismo, foi uma tentativa para construir uma proposta consensual entre os Partidos Comunistas da Itália, Espanha e França que tinha como ponto central sua divergência em relação ao Partido Comunista da União Soviética na defesa de uma sociedade socialista democrática.

Poulantzas critica tanto a versão instrumentalista do marxismo, para a qual o Estado é reduzido a um instrumento da classe dominante, quanto a versão rigidamente determinada pela economia, a qual apresenta o Estado como superestrutura decorrente da base econômica, atuando mecanicamente. Avançando na formulação gramsciana do Estado ampliado (sociedade política, com seus mecanismos para o monopólio da força pela classe dominante + sociedade civil, abrangendo as organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias), o autor apresenta o Estado capitalista sob uma perspectiva relacional de poder, ou uma “*condensação material de relações de forças*” (POULANTZAS, 2000, p.130), em que não há somente a presença, em seus aparelhos, das classes dominantes, mas também das classes dominadas. Nem todas as ações do Estado estariam reduzidas à dominação política, sendo as políticas sociais o resultado ou a expressão material de conflitos políticos:

(...) a relação das massas com o poder e o Estado, no que se chama especialmente de *consenso*, possui sempre um *substrato material*. (...) o Estado, trabalhando para a hegemonia de classe, age no campo de equilíbrio instável do compromisso entre as classes dominantes e dominadas. Assim, o Estado encarrega-se ininterruptamente de uma série de medidas materiais positivas para as massas populares, mesmo quando estas medidas refletem concessões impostas pela luta das classes dominadas. POULANTZAS (2000, p.29)

Estado não seria algo homogêneo nem impermeável às contradições, mas imbuído de fissuras e permeado pelas contradições e lutas sociais. A própria burguesia não é vista como uma classe homogênea, mas sim constituída de frações que eventualmente formam alianças ou podem disputar a hegemonia. Ao mesmo tempo, o poder encontra-se difuso (como para Foucault) tornando o Estado um campo estratégico de lutas inscritas em seu interior, no qual “se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e

apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros” (FLEURY, 2008, p.51). Se as lutas populares atravessam o Estado de lado a lado é porque elas estão inscritas na trama desse Estado, em sua ossatura organizacional.

A teorização de Poulantzas é coerente com a defesa de uma transformação social “intra-Estado”, sem revolução, mediante uma reforma geral, coerente com o contexto no qual se encontrava a intelectualidade europeia de esquerda, quando de sua publicação. Mesmo assim, é passível de aplicação no contexto das reformas brasileiras, na mesma linha do que foi proposto pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Considera-se, assim, que apresenta, enquanto teoria política, uma dupla funcionalidade ao servir como instrumento analítico da realidade e como instrumento orientador da ação política para a transformação da realidade.

### 3.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PRODUTO DE POLÍTICAS SOCIAIS

Em se tratando de políticas sociais, ainda que o ponto de chegada seja o mesmo, a trajetória de cada país confere-lhe características próprias. Estas características ganham sua tradução tanto no arcabouço legal, quanto na materialidade organizacional assumida pelo Poder Executivo.

Como parte das políticas sociais, o mesmo pode ser dito sobre as políticas de saúde e, nessas, o que diz respeito à Assistência Farmacêutica, entendida aqui como o produto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com a disponibilização de medicamentos e serviços afins.

Para a análise da Assistência Farmacêutica assim definida, foram empregadas as tipologias apresentadas por Fleury (1997) que relacionam políticas sociais e modalidades de cidadania. Para essa autora, o elemento central no processo de reconhecimento das questões sociais pelo Estado é a concepção de cidadania - “um conjunto de direitos atribuídos ao indivíduo frente ao Estado Nacional” (FLEURY, 1997, p.7). Assim, a cidadania é o ponto de entrelaçamento entre a esfera pública, identificada com o poder estatal, e a sociedade. A relação de cidadania que se estabelece e se reconhece por meio das políticas sociais implicará no estabelecimento de um aparelho técnico-administrativo

especializado, o qual vem a ser um dos elementos constitutivos da própria construção do Estado.

Dependendo do como a cidadania é concebida, serão definidos quais direitos e a extensão com que serão contemplados, resultando em diferentes padrões de incorporação das demandas sociais. Mesmo que, ao longo de vários anos, dois países possam apresentar conjuntos semelhantes de bens e serviços oferecidos, o “transcurso histórico” pelo qual cada um atravessou imprimirá “uma certa marca à política social”, uma identidade própria no “plano das relações político-ideológicas de cidadania” (FLEURY, 1997, p.73).

Para fins de comparação entre diversas experiências, alguns autores formularam modelos idealizados ou tipos ideais de padrões de proteção social. Na tipologia de Titmus (1958 *apud* FLEURY, 1997), os modelos ideais de sistemas de proteção social (Figura 2) levam em consideração o grau de redistribuição, bem como a esfera na qual se estabelecem as respostas (mercado ou sistema público).

**Figura 2 Características dos modelos ideais propostos pela tipologia de Titmus para a análise de políticas sociais.**

<b>Tipo de Políticas Sociais</b>		
<b>Residual</b>	<b>Meritocrático-particularista</b>	<b>Institucional redistributivo</b>
<p>A solução das necessidades sociais ocorre a partir das possibilidades do mercado.</p> <p>A política social tem somente um caráter compensatório, emergencial ou transitório.</p> <p>Está orientada para aqueles que fracassaram na tentativa de solucionar suas demandas no próprio mercado.</p>	<p>O benefício ocorre como forma suplementar aos ganhos do trabalhador, em situações especiais (doença, invalidez, aposentadoria, etc.).</p> <p>Atua como um mecanismo de preservação do status perdido, quando o trabalhador se encontra nas situações especiais.</p>	<p>Fundamenta-se na defesa da ação institucional, de caráter público, contemplando a garantia dos bens e serviços e renda mínima a todos os cidadãos.</p>

Fonte: Fleury (1997).

A partir da tipologia de Titmus, Esping-Andersen (1985 *apud* FLEURY, 1997) identifica agrupações que caracterizam as soluções encontradas para os conflitos distributivos emergentes no capitalismo (Figura 3).

**Figura 3 Tipologia de Esping-Andersen para as diferentes respostas do Estado frente aos conflitos distributivos, a partir da tipologia de Titmus.**

Tipo de Estado/resposta		
Liberal	Conservador	Social Democrata
Vincula contribuições prévias com benefícios. Desqualifica e penaliza os usuários dos serviços sociais.	Estado intervencionista que promove a subordinação individual e a lealdade a suas ações. Paternalista e corporativista. Os direitos e os deveres são vinculados ao <i>status</i> ocupacional e não à cidadania.	Desmercantilização dos salários e do consumo, reestratificação da sociedade em princípios solidários, correções redistributivas das inequidades induzidas pelo mercado e institucionalização do pleno emprego sustentado.

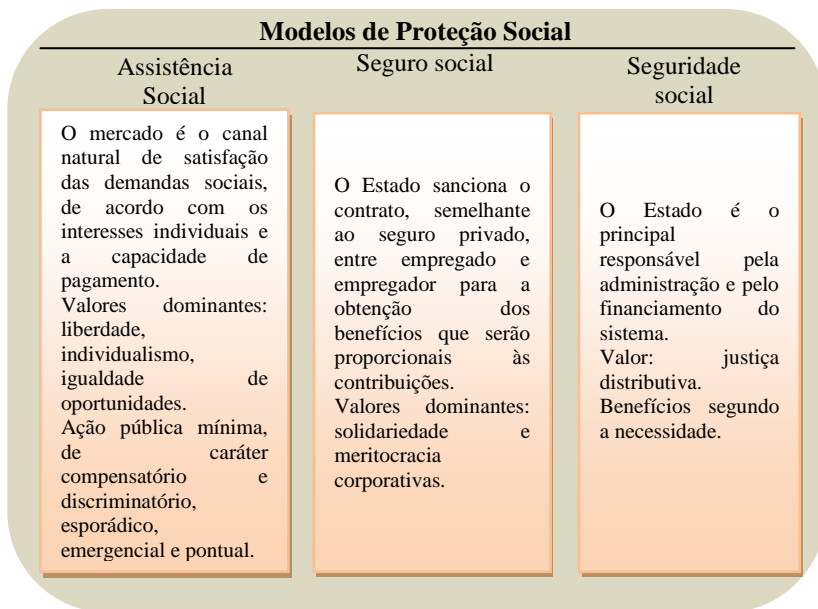
Fonte: Fleury (1997).

Combinando essas tipologias, Fleury (1997) articula modelos de proteção social com modalidades de cidadania (Figura 4).

A Figura 5 apresenta um esquema reunindo e relacionando todas essas tipologias.



**Figura 4 Principais características dos modelos de proteção social.**



Fonte: Fleury (1997).

**Figura 5 Tipologias para (A) análise de políticas sociais, (B) Estados capitalistas, (C) modelos de proteção social e (D) modalidades de cidadania correspondentes, adaptado de Fleury (1997).**



Fonte: Fleury (1997).

Ainda que na realidade concreta não se encontrem “tipos puros”, conforme Fleury (1997), as políticas sociais dos Estados nos quais predomina a cultura liberal caracterizam-se pelo aspecto residual: a ação estatal, sob a forma de assistência social, dirige-se no máximo às necessidades sociais daqueles que não têm possibilidade de buscar a solução no mercado. Por isso é considerada discriminatória e a relação estabelecida entre Estado/sociedade traduz-se pela **cidadania invertida**. As políticas sociais relativas à proteção social, nos Estados nos quais predomina a cultura conservadora, são estabelecidas com base nos direitos e deveres vinculados ao *status* ocupacional, sob a forma de seguro social, correspondendo à modalidade de **cidadania regulada**. Na democratização social do capitalismo, a intervenção estatal busca a correção distributiva das iniquidades sociais e dirige-se a todos os indivíduos, resultando na modalidade de **cidadania universal**.

### 3.2.1 Período de 1930 a 1964 – o início do Brasil moderno

Somente com as transformações sociais, políticas e econômicas do começo do século XX, particularmente a partir de 1930, é que o Brasil ingressou na modernidade. Muito embora os direitos civis e políticos tenham progredido lentamente durante o século, passando por períodos de suspensão, os direitos sociais avançaram a partir dessa época. O setor industrial crescia, a burguesia industrial e a classe média passavam a ter voz, em oposição ao latifúndio, a classe operária se expandia e, por influência dos imigrantes, as ideias anarquistas eram divulgadas.

Iniciou-se um período marcado pela formação de inúmeras associações de trabalhadores e pela ocorrência de muitas greves operárias. Em um primeiro momento, o Estado atuou repressivamente. Os fracos resultados fizeram com que, conforme Santos (1994), não por acaso, o então deputado Eloy Chaves, bem relacionado entre os industriais, apresentasse seu projeto de criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários, o qual foi aprovado em 1923.

A rigor, tratava-se (...) de um contrato, mediante o qual a empresa e seus empregados comprometiam-se a sustentar o empregado atual, no futuro, em troca de parcela da renda deste, no presente. Não se tratava de um direito de cidadania inerente a todos os membros de uma

comunidade nacional, (...) mas de um compromisso a rigor privado entre os membros de uma empresa e seus proprietários. (SANTOS, 1994, p. 22)

Com o estabelecimento das Caixas, iniciava-se uma política compensatória, adiando a intervenção do Estado na regulação da esfera acumulativa. Mesmo quando isso aconteceu, a partir de 1930, a regulação social que se estabeleceu não foi definida pelo gozo de direitos políticos ou de direitos civis (GOMES, 2005). Com o governo Vargas, a partir de 1930, o Estado assumiu cada vez mais o controle político e administrativo da Previdência Social. Sob uma política contencionista, a assistência (médica, hospitalar e farmacêutica) estava condicionada às disponibilidades das instituições (TEIXEIRA, 1980). Na prática, significou uma redução na oferta das compensações relacionadas à assistência, reduzindo o seu caráter redistributivo. Ao mesmo tempo, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram substituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), a estrutura previdenciária da sociedade civil foi transformada em aparelho do Estado, já que subordinava os sindicatos ao governo. Em contrapartida à contribuição do Estado com uma parcela do financiamento, esse abarcou para si a administração dos Institutos, o que lhe possibilitou dispor de um mecanismo de acumulação de capital que foi utilizado em seu projeto político-econômico da industrialização.

O modelo de proteção social, tanto das Caixas, quanto dos IAPs, foi o seguro social, caracterizado pela cobertura de grupos ocupacionais através de uma relação contratual. Naquele momento, representou a regulação estatal da força de trabalho necessária ao processo de industrialização pelo qual o país passava. Conforme Sposati (2009, p. 177), nascia assim “o que até hoje persiste, a mistura entre política social e política trabalhista ou da legislação social do trabalho com a legislação social no campo da cidadania.” Esse padrão de proteção social, denominado por Santos (1994) de “cidadania regulada”, não está fundamentado:

(...) em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional (...) definido por norma legal. (...) A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. (SANTOS, 1994, p. 68)

O sistema discriminatório de cidadania regulada, que perdurou durante as décadas de 1930-1960, provocou conflitos em, pelo menos, duas vertentes. A primeira, e mais óbvia, diz respeito ao conflito que se estabelecia pela vinculação da oferta de compensações (benefícios previdenciários e assistência médica) à condição de empregado contribuinte, proporcionalmente à capacidade de contribuição. Gomes (2005) denomina essa relação presente no trabalhismo brasileiro como “ideologia da outorga”: os benefícios são considerados como um presente outorgado pelo Estado, autoridade benevolente e paternal, aos trabalhadores que, em retribuição, lhe devem obediência política. Por outro lado, trabalhadores rurais e todos os demais que desempenhassem ocupações não reguladas por leis estavam relegados à condição de pré-cidadãos. A outra vertente de conflitos desse sistema decorria do fato de que a ascensão à liderança dos institutos mais poderosos, na situação de atrelamento da burocracia sindical ao Estado, dependia da submissão política dos sindicalistas a quem controlasse o Ministério do Trabalho (SANTOS, 1994).

A incorporação pelo Estado de parte das reivindicações dos movimentos operários do início do século XX pode ser interpretada, à luz da teoria de Poulantzas (2000), como a resposta deste para o conflito de classes, no sentido de obter o “equilíbrio instável”, cujo resultado (condensação das relações de forças) se materializa na própria ossatura organizacional do Estado.

Para Bermudez et al. (2008, p. 777), o início da “inserção da assistência farmacêutica nas políticas públicas no Brasil” ocorreu com o estabelecimento dos IAPs. Analisando os benefícios das Caixas e, posteriormente, dos IAPs, e sua provável relação com Assistência Farmacêutica, verifica-se que, em geral, constava a possibilidade de compra, pelo beneficiário, de alguns medicamentos por preços especiais, menores do que os praticados no mercado (BRASIL, 1923).

Assistência Farmacêutica entendida nesse contexto desvincula-se de uma prática profissional, provida de um fim, e passa a ser traduzida pela disponibilização do medicamento (ou, minimamente, sua facilitação), como benefício de uma política social. Dessa forma, deve ser interpretada no contexto da “cidadania regulada”, inserida no campo da campo da previdência social, de forma vinculada aos direitos do trabalho. Como parte do subsistema da medicina previdenciária, não se relaciona exatamente a uma política de saúde. Enquanto concepção de assistência farmacêutica caracteriza-se pela ruptura de uma prática farmacêutica voltada ao cuidado e pela constituição do medicamento como síntese e substituto do próprio cuidado à saúde.

Essa modalidade de benefício alastrou-se no mesmo período em que cresceu dramaticamente a presença dos laboratórios internacionais no Brasil, juntamente com sua pressão para o estabelecimento de um amplo mercado de medicamentos, ao mesmo tempo em que ocorria a precarização e a descaracterização do profissional farmacêutico.

### **3.2.2 Período de 1964 a 1988 – Regime militar**

O período de 1964 a meados de 1980 foi marcado pelo regime militar. As políticas sociais, centralizadas no Poder Executivo Federal, passaram a ter abrangência nacional. Os trabalhadores foram excluídos da gestão das instituições previdenciárias. Com isso, aumentou o controle do Estado sobre as questões sociais. Após a reforma da previdência, o governo militar promulgou outras reformas (fiscal, bancária e administrativa) de modo a “dotar o governo central dos instrumentos necessários para o reordenamento das relações políticas e o aprofundamento do modelo de desenvolvimento capitalista associado com o capital financeiro” (FLEURY, 1997, p.263-264).

A cobertura foi ampliada, com tendência à universalização, embora não tenha se modificado em relação ao modelo baseado no seguro. Particularmente entre os anos de 1967 a 1973, as concessões foram ampliadas como mecanismo para reduzir as tensões sociais decorrentes do arrocho salarial e cerceamento das liberdades. Conforme Fleury (1997), essa expansão passou a ser vista como fundamental na consolidação de um canal direto entre o governo e as classes populares no momento em que os demais canais de expressão estavam bloqueados. Dessa forma, a ação do Estado em proporcionar políticas sociais serviu para abrandar a tensão gerada pela situação de privação de serviços, na qual a imensa maioria dos brasileiros encontrava-se (SANTOS, 1999). A tática de ampliar os direitos sociais ao mesmo tempo em que restringiam os direitos políticos foi a mesma que já havia sido utilizada no Estado Novo.

Em relação à saúde, a opção por uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, dirigida a um mercado institucional cativo, favoreceu a formação de um complexo médico-industrial responsável por elevadas taxas de acumulação de capital em grandes empresas internacionais ligadas à produção de medicamentos e equipamentos médicos. O Estado, ao mesmo tempo em que passou a regular a atividade privada, também se tornou um grande comprador de serviços, além financiar hospitais privados e credenciar convênios com

empresas, tornando a prática médica altamente lucrativa (TEIXEIRA, 1980).

Também compuseram esse período, medidas centralizadoras e autoritário-repressivas que coibiram quaisquer manifestações populares, o reordenamento das relações políticas e o aprofundamento do modelo de desenvolvimento capitalista associado com o capital financeiro. O “Milagre Brasileiro” foi trilhado sobre um intenso arrocho salarial e redução dos gastos públicos, entre outras medidas. Associado a isso, a desnacionalização da economia por um lado, e orientação da atenção à saúde para práticas curativas, individuais, assistencialista e especializada, por outro, possibilitaram o total domínio externo do setor farmacêutico no mercado interno. Ainda que a desnacionalização do setor farmacêutico já ocorresse desde os anos 50 do século XX, foi no período de 1960-1969 que ela se tornou absoluta (COELHO, 1980).

Com as reformas iniciadas em 1966, quando houve a fusão dos IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o governo passou a editar uma série de medidas, dentre as quais algumas relativas ao acesso aos medicamentos. Assim, o Decreto 312, de 28 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967a), autorizando “a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social”, estabeleceu, em seu Artigo 2º, que aquela poderia assumir as seguintes modalidades: a) fornecimento direto de medicamentos; b) financiamento, parcial ou total, da aquisição de medicamentos; c) ação em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios. Ainda determinou, no Artigo 3º, que os “beneficiários da assistência farmacêutica, sempre que possível, participarão do seu custeio, na medida dos seus ganhos efetivos”. Também estabeleceu que “os órgãos públicos federais colaborarão na prestação da assistência farmacêutica, inclusive fornecendo medicamentos de sua fabricação, mediante convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social” (Artigo 4º).

No Decreto 60.501, de 14 de março de 1967 (BRASIL, 1967b), que estabelece a nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social, são ratificadas as regulamentações do Decreto 312, apenas com a correção do texto correspondente ao Artigo 2º desse. Assim, o Artigo 114, da Seção II (Assistência Farmacêutica), do Capítulo IV (Serviços) estabelece que:

(...) a assistência farmacêutica será prestada *em articulação com a assistência médica*, podendo (...) consistir em:

I - Fornecimento de medicamentos;

- II - Financiamento parcial ou total da aquisição de medicamentos;
- III - *Doação* em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios [grifos nossos] (BRASIL, 1967b, p.1).

Dessa forma, caracteriza-se muito clara e fortemente o termo “assistência farmacêutica” com o sentido de fornecimento (gratuito ou a preços reduzidos) de medicamentos, nos moldes dos benefícios estabelecidos anteriormente pelas Caixas e IAPs.

Nesse contexto e em meio ao “milagre econômico brasileiro”<sup>16</sup>, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), em 1971. Como um órgão diretamente ligado à Presidência da República tinha, em princípio, o objetivo de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados aos ministérios.

Conforme Bermudez (1995), nunca houve uma proposta hegemônica quanto à orientação política para a CEME. Uma corrente, derivada da visão nacionalista de um segmento militar<sup>17</sup>, pretendia:

(...) atender às necessidades de assistência médica e interferir na produção interna de matérias-primas; propondo um forte controle estatal sobre o setor privado, preconizava-se a independência do capital estrangeiro. (BERMUDEZ, 1995:81).

De certa forma, apresentava uma continuidade com a proposta (não viabilizada) de constituição da Farmoquímica Brasileira S.A. (Farmobrás), no governo anterior, de Jânio Quadros. A outra corrente que defendia a criação da CEME:

---

<sup>16</sup> Denominação que se refere ao excepcional crescimento econômico durante o Regime Militar, paralelamente ao aumento das disparidades sociais e recrudescimento do cerceamento às liberdades.

<sup>17</sup> A defesa do nacionalismo econômico, do progresso industrial, da intervenção estatal e de um regime forte, pode ser identificada já no movimento conhecido por “tenentismo”, de 1922, do qual emergiram componentes de todas as matizes, do Integralismo à Aliança Nacional Libertadora (LOPES, 1991). Nesse sentido, personagens e valores desse movimento podem ser identificados em outros momentos da vida política e intelectual do Brasil, não apenas no interior do círculo militar. Por exemplo, desde a metade da década de 1950, intelectuais, políticos e militares passaram a discutir um projeto desenvolvimentista para o Brasil associando-o à “segurança nacional” (ALMEIDA, 2006).

(...) pretendia atender aos interesses do setor empresarial, com predomínio de capital transnacional, ampliando o mercado governamental e utilizando a CEME como maneira de adquirir medicamentos do setor privado a preços mais baixos. (BERMUDEZ, 1995:81).

A situação serve como exemplo de que, mesmo em uma estrutura hermética como a de uma ditadura militar em seu período mais repressivo, o Estado não se caracteriza como um bloco monolítico, sem fissuras. Em seu seio estão presentes conflitos cuja materialidade (“condensação material”) revela a relação de forças entre os grupos ou frações em disputa (POULANTZAS, 2000). Dessa forma, compreende-se a discrepância entre o discurso contendo as intenções iniciais da instituição, algumas iniciativas desenvolvimentistas e para a autonomia do país<sup>18</sup> e, por fim e na maior parte do tempo, sua ligação ao setor privado. As características assumidas pela CEME fizeram dela o maior distribuidor de medicamentos (SANTOS, 1999) e, por consequência, o maior comprador da indústria, atuando, como as demais distribuidoras, sem a presença do profissional farmacêutico.

Nesse sentido, é interessante a observação feita por Giovanni (1980, p.86), comentada anteriormente, sobre a centralidade no conflito entre empresas farmacêuticas nacionais *versus* estrangeiras, quando dos debates sobre “a questão do medicamento no Brasil”, não se questionando sobre a expansão do mercado de medicamentos.

Cabe lembrar que a CEME surgiu em um momento no qual as indústrias multinacionais já dominavam o mercado farmacêutico brasileiro e o farmacêutico estava descaracterizado enquanto profissional de saúde. Ao mesmo tempo, a profissão farmacêutica via-se seriamente ameaçada de extinção em função das propostas no campo da educação. Talvez essa conjuntura explique, em parte, o apego da categoria à construção de um projeto nacional (e nacionalista) relacionado à produção dos medicamentos, como questão de segurança

---

<sup>18</sup> São exemplos, as iniciativas no sentido de fortalecer o setor estatal de produção, como o Plano Diretor de Medicamentos (nunca implementado), de 1973, e o incentivo à pesquisa de plantas medicinais.



nacional (SANTOS, 1999), vindo na criação da CEME, uma perspectiva para a concretização desse anseio.

Ao mesmo tempo, nas décadas de 1970 e 1980, o movimento da Reforma Sanitária já contava com um grande aporte teórico e engrossava suas fileiras em favor da saúde e da democracia. Mas, a profusão e a profundidade das discussões não tiveram grande repercussão no meio farmacêutico. Conforme Santos:

As entidades farmacêuticas estavam distantes da movimentação social, política e científica que vinha ocorrendo simultaneamente à luta pela democratização do Brasil. (SANTOS, 1999, p.58)

Mesmo com a anarquia do mercado de trabalho farmacêutico, da mercantilização do medicamento e das reivindicações pela universalização do direito à saúde, concebida de forma ampliada, os farmacêuticos não assumiram politicamente “a responsabilidade de entender a engrenagem da administração pública nacional” e a sua formação acadêmica manteve-se inalterada (SANTOS, 1999, p.62). A concepção de Assistência Farmacêutica esteve alinhada ao papel assistencialista e centralizador da CEME, a qual a tratava como um programa de governo, caracterizando-a, cada vez mais, pelo fornecimento governamental de um elenco mínimo de medicamentos à parcela da população de maior carência social.

Com a sua transferência para o Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, a CEME passou a atuar somente na aquisição e distribuição de medicamentos, “delineando-se uma tendência nitidamente privatista na sua integração com o parque produtor” (BERMUDEZ, 1995, p.84). Em 1985, transferida para o Ministério da Saúde, já se consolidara a concepção de Assistência Farmacêutica resumida ao binômio aquisição-distribuição de medicamentos.

Sob a perspectiva da cidadania, enquanto direito social estabelecido na relação entre cidadão/Estado, o discurso de inauguração da CEME, proferido pelo então Presidente Médici, é claro: “a gradativa ampliação da assistência farmacêutica no tocante às classes de reduzido poder aquisitivo” (BERMUDEZ, 1995, p. 82). Trata-se da aplicação de uma política mínima destinada aos mais excluídos do sistema. A essa relação, Fleury (1997) denomina de “cidadania invertida” pelo caráter assistencialista e discriminatório que apresenta em relação aos grupos sociais que demonstraram sua “incapacidade” de se inserir adequadamente no mercado, equivalendo ao reconhecimento do seu

fracasso na sociedade. Em resumo, nesse período, Assistência Farmacêutica caracteriza-se como um benefício (acesso a alguns medicamentos) a certos grupos populacionais, vinculado a direitos contratuais de grupos de trabalhadores ou ao assistencialismo estatal em relação aos mais pobres.

### 3.2.3 A criação do Sistema Único de Saúde e as implicações para a Assistência Farmacêutica

O fim do regime militar e a elaboração de uma nova Constituição, na década de 1980, marcaram um período de transição e de intensa luta entre os diferentes grupos de pressão: sindicatos, minorias organizadas, Forças Armadas, governo, camponato, ruralistas, etc. Pela primeira vez na história do Brasil, houve participação popular na construção de uma Constituição. Aprovada em 1988, estabeleceu, sob o âmbito da seguridade social, a universalidade da cobertura e do atendimento e a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, no que diz respeito aos direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Artigo 194, Parágrafo único). Além dos direitos sociais, os direitos civis também foram ampliados (liberdade de expressão, de imprensa e de organização; possibilidade de recorrer à justiça para exigir o cumprimento de dispositivos constitucionais ainda não regulamentados; proteção do Estado aos direitos do consumidor, proteção aos Direitos Humanos; criação de Juizados Especiais de Pequenas Causas Cíveis e Criminais).

O Artigo 196 da atual Constituição, afirmando a **saúde como direito de todos e dever do Estado**, representou uma vitória do Movimento da Reforma Sanitária que, em um cenário de crise econômica e movimentação pela democratização, promoveu uma grande mobilização no país. Muito provavelmente, deve-se à força desse Movimento o fato da implementação do SUS ter sobrevivido, mesmo tendo iniciado num momento extremamente desfavorável à consolidação de seus princípios. Internamente, a resistência vinha da assistência privada que era então a maior prestadora de serviços de atenção médica. Externamente, a Declaração de Washington, definida pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, preconizava, para a América Latina, a existência de um Estado mínimo que garantisse apenas uma “cesta básica de serviços” às faixas mais pobres da população, proposta totalmente contrária aos princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade.

O Artigo 196 possibilita que, em sua interpretação, seja incluída a garantia de acesso aos medicamentos, já que esses, frequentemente, constituem um elemento importante na atenção à saúde. Dois anos depois, a Lei 8080/90, em seu Artigo 6, de certa forma explicita isso ao incluir, no campo de atuação do SUS, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, muito embora não deixe claro o que deve ser compreendido por assistência farmacêutica (BRASIL, 1990).

O modelo de Assistência Farmacêutica estabelecido pela Central de Medicamentos (CEME) já não se adequava aos princípios e diretrizes do SUS: a prática centralizadora daquela instituição estava na contramão da descentralização; o foco em atender unicamente grupos populacionais financeiramente carentes, em contraposição à universalidade; o binômio aquisição-distribuição era insuficiente para garantir segurança e qualidade no acesso aos medicamentos.

A própria CEME reconhecia a necessidade de superar a “versão minimalista” da assistência farmacêutica, em documento destinado à Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 1987a). No mesmo documento, reiterava também a necessidade de investimentos para a nacionalização da produção de medicamentos essenciais, inclusive pela previsão que fazia da expansão da cobertura a um número muito maior de brasileiros. Assim, a ênfase na pesquisa e desenvolvimento de fármacos e medicamentos, além da justificativa desenvolvimentista e nacionalista já presente em épocas anteriores, passou a ser defendida mais firmemente como condição estruturante para a garantia da universalização do acesso aos medicamentos essenciais.

Apesar dos novos arranjos institucionais que teriam de ser feitos para a implementação do SUS, a CEME ainda contava, ou buscava contar, com força suficiente para continuar no comando das deliberações relativas à Assistência Farmacêutica. Exemplo disso é o fato de ter chamado o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, às vésperas da criação do Sistema Único de Saúde, em 1988. Com a justificativa de propiciar o debate amplo e democrático sobre uma política de medicamentos para o Brasil, o Encontro reuniu mais de 800 participantes. Na avaliação dos promotores do evento, foi possível “a identificação dos principais problemas que afetam a área” e a defesa de “medidas cuja adoção poderá modificar substancialmente o perfil mercadológico do setor e garantir a autonomia interna na produção de matérias-primas de medicamentos essenciais” (BRASIL, 1988, p. 3). Essa avaliação é refutada por Soares (1989), para quem a tônica do encontro foi a defesa da manutenção e do fortalecimento da

CEME como órgão de coordenação da política de medicamentos do país, a qual, a julgar pelo desenrolar do evento, estaria centrada nas questões relacionadas à produção de medicamentos e ao desenvolvimento tecnológico do setor. A crítica de Soares diz respeito ao reducionismo da proposta que, coerentemente com a origem e a orientação da CEME ao longo dos anos, voltava-se à promoção da expansão do mercado, sem questionar o papel do medicamento e do processo de medicalização das sociedades industriais, nem tampouco se articular a um projeto societário que enfrentasse as questões sócio-sanitárias decorrentes do modelo de acumulação capitalista. A presença numerosa de representantes de indústrias farmacêuticas em quase todas as mesas, em contraste com a pequena representação de sindicatos, órgãos de classe e de defesa do consumidor, assim como a fragmentação da discussão sobre as dimensões do “programa” de assistência farmacêutica gerido pela CEME (dimensão sócio sanitária, responsável pela distribuição de medicamentos, e dimensão tecnológico-industrial, composta de um conjunto de atividades dirigidas ao fortalecimento do segmento nacional das indústrias farmacêuticas), fizeram Soares concluir que o Encontro pouco discutiu as questões do ponto de vista dos interesses da saúde pública.

O produto do evento (BRASIL, 1988) contemplou um elenco de proposições sobre as prioridades a serem adotadas pelo governo brasileiro, em torno de três grandes temas: pesquisa de fármacos e intermediários; produção de medicamentos; e assistência farmacêutica. As proposições dos dois primeiros temas são próximas e até se confundem. De uma forma geral, estavam em conformidade com a pauta de reivindicações por uma política de medicamentos, manifesta há anos, permanecendo a predominância da tônica desenvolvimentista e nacionalista em seu conteúdo como pré-requisito para o acesso aos medicamentos. Algumas dessas recomendações entraram na agenda oficial, dez anos depois, com a Política Nacional de Medicamentos.

As proposições relativas ao terceiro tema, assistência farmacêutica, foram estabelecidas em torno de cinco tópicos:

- a) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME): atualização constante da RENAME e elaboração de Mementos Terapêuticos.
- b) Estruturas operacionais de programação, aquisição, distribuição e dispensação: inserção integral da Assistência Farmacêutica no SUS; descentralização das atividades logísticas, as quais deverão ser pautadas pela epidemiologia; instituição de coordenações de Assistência

- Farmacêutica nos vários níveis; e presença do farmacêutico em todas as fases (programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos).
- c) Modelo de assistência farmacêutica em face da nova ordem institucional: dispensação de medicamentos somente com a presença de farmacêutico; criação de um programa especial e emergencial para importação e dispensação de medicamentos ainda não fabricados no país; extinção da figura da drogaria como estabelecimento de dispensação farmacêutica no país; aprovação da “Carta de Brasília” (veja o comentário, adiante).
  - d) Desenvolvimento de recursos humanos: para todas etapas, inclusive as de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos.
  - e) Papel da CEME na assistência farmacêutica: estímulo à produção de medicamentos por parte dos laboratórios oficiais; apoio às indústrias químico-farmacêuticas estatais e de capital nacional; definição, dentro da RENAME, de uma “Relação de Medicamentos Básicos” que deveria contemplar os medicamentos da Farmácia Básica, dos Programas do MS e dos hospitalares; e manutenção de muitas das atividades centralizadas como a entrega de medicamentos essenciais e a distribuição gratuita de medicamentos pela rede de serviços, entre outras.

As proposições acima são de caráter estruturante, sendo que, em relação ao item (c), “Modelo de assistência farmacêutica em face da nova ordem institucional”, três de suas quatro proposições não se referem exatamente à conformação de um modelo: mesclam reivindicações relacionadas à regulamentação dos serviços (proibição de dispensação de medicamentos sem a presença e a supervisão de farmacêuticos); ao medicamento (programa especial para importação...) e ao mercado (extinção das drogarias), proposição essa que extrapola o âmbito dos serviços governamentais.

As proposições dos dois últimos itens estão parcial ou totalmente sobrepostas às proposições dos dois primeiros temas (pesquisa e produção de fármacos e medicamentos). Essa sobreposição, encontrada em outros momentos do documento, mais do que uma harmonização, parece revelar certa disputa entre quem controla o quê: o campo econômico-industrial, por meio das políticas de estímulo à produção

nacional de medicamentos, ou o campo social, por meio de políticas para o acesso aos medicamentos. Embora ambas as políticas sejam necessárias, a lógica de uma pode se contrapor à da outra. As primeiras, de suma importância do ponto de vista econômico, científico e tecnológico, não necessariamente favorecem diretamente o acesso equânime da população aos medicamentos (por exemplo, se não forem acompanhadas de outros mecanismos como o controle de preços, regulação para o acesso aos medicamentos, prioridades sociais nos investimentos em pesquisa, etc.). As últimas, comprometidas com o acesso e a equidade, terão prioridades distintas daquelas do setor econômico. Além disso, atuando em um mercado desregulado, gerador constante de novas demandas, o seu objetivo com o acesso poderá se tornar inatingível em algum momento do processo.

Em anexo ao Relatório Final do Encontro, está a “Carta de Brasília”, documento elaborado “com a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos que possibilitem a efetiva operacionalização do SUS” (BRASIL, 1988, p. 35). Nele é proposto:

(...) um modelo de assistência farmacêutica (...) alicerçada nos mesmos princípios que fundamentam o Sistema Unificado de Saúde – SUS do país, (...), a saber: universidade [*sic*], descentralização, equidade e hierarquização do atendimento. (BRASIL, 1988, p. 35).

Apesar da incorporação de “palavras de ordem” do Movimento Sanitário (universalização, promoção à saúde, descentralização, etc.), não há maiores questionamentos e reflexões sobre as consequências práticas desses princípios e diretrizes.

Em contraste à euforia vivida no final da década de 1980, o que se assistiu no início da década seguinte, 1990 com o governo Collor e seu programa nacional de desestatização, foi o desmantelamento completo da já frágil estrutura da CEME (e dos laboratórios oficiais a ela relacionados), culminando com a sua extinção em 1997, no governo de Fernando Henrique Cardoso, sem que houvesse simultaneamente a sua substituição por outro mecanismo que atendesse às necessidades de acesso aos medicamentos. Sem a CEME e com a transferência dos serviços e responsabilidades para os estados e municípios como parte do processo de descentralização, o poder de compra foi diluído.

Coerentemente com as pressões neoliberais que, de resto, também dificultaram toda a implantação do SUS, nesse período ainda foi assinado o acordo sobre os direitos da propriedade intelectual

relacionados ao comércio (Acordo TRIPS, do inglês, *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), o qual estabelece que todos os países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) devem conceder patentes em todos os campos tecnológicos, incluindo o setor farmacêutico. A redução da concorrência que decorre disso possibilita a prática de preços extraordinários aos produtos protegidos por um período de, pelo menos, vinte anos (OLIVEIRA et al., 2007).

Mesmo com todas essas contrariedades, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), em 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes. É nela que se encontra a inclusão da assistência farmacêutica no campo de atuação do Sistema Único de Saúde.

A resistência do setor farmacêutico de então, praticamente sem regulação do Estado, em se integrar na construção do SUS, é comentada por Santos (1999) e Bermudez (1995) como causa para a demora em se incluir as medidas para o acesso aos medicamentos, quando da implantação do SUS. Essa não aceitação em submeter as Políticas de Ciência e Tecnologia e Industrial à Política de Saúde (em outras palavras, em submeter o capital econômico aos interesses sociais) criou uma polarização, opondo a política de saúde à política industrial, explicando a dificuldade em se definir uma política de medicamentos. Conforme Paim (2008), o governo Itamar, que substituiu o governo Collor, era composto por forças contraditórias, com projetos antagônicos sendo defendidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência. A pressão das companhias de planos de saúde e da indústria farmacêutica agia contrariamente às propostas do primeiro na implementação do SUS.

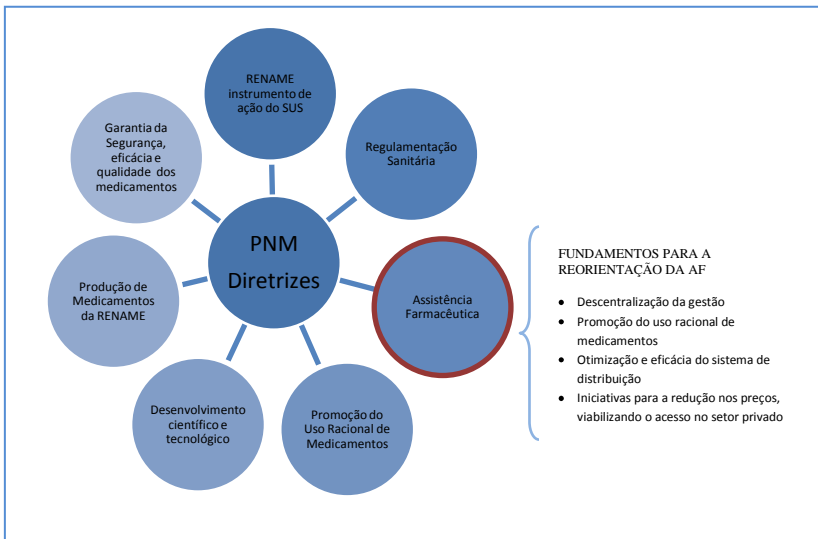
O primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) iniciou com a priorização de dois projetos: o ajuste macroeconômico e a Reforma do Estado. As pressões impostas pela área econômica estiveram a ponto de fazer retroceder as conquistas sociais. Na maior parte desse governo, embora juridicamente os direitos se mantivessem, na prática, o subfinanciamento ao SUS, a adoção de programas mínimos e a manutenção de antigas práticas assistenciais e clientelísticas comprometeram a sua efetivação.

Quase no final do primeiro mandato de FHC, uma nova troca de Ministro da Saúde colocou José Serra nessa posição, o qual imediatamente conduziu uma série de medidas.

No que diz respeito aos medicamentos, as frequentes denúncias veiculadas pelos meios de comunicação sobre os aumentos constantes e excessivos de seus preços, por imposição da indústria farmacêutica, bem como sobre casos de falsificação de medicamentos, apontavam para a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que, de fato, foi efetivada em 1999. Antes mesmo de ser concluída a CPI dos Medicamentos (como ficou conhecida), o governo aprovou a Política Nacional de Medicamentos, no final de 1998. Algumas recomendações da CPI foram adotadas no ano seguinte, como o estabelecimento de medicamentos genéricos e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para ampliar o acesso a medicamentos de qualidade.

Entendida no seu momento histórico, a PNM representou a consolidação formal de diretrizes norteadoras para o SUS e a incorporação das expectativas temporais de diferentes segmentos. Estabeleceu competências gerais para cada um dos níveis de gestão do SUS nos respectivos princípios para vinculação e transferências de recursos destinados à garantia de acesso da população aos medicamentos considerados básicos (BRASIL, 2001a).

**Figura 6 Diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos e os fundamentos para a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001a).**



Fonte: elaborado pela autora.



A Assistência Farmacêutica é apresentada pela PNM como uma de suas diretrizes (Figura 6) e definida como os *serviços* governamentais que compõem a assistência à saúde destinados à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. Embora a PNM se refira reiteradamente ao SUS, quando preconiza os fundamentos que devem reorientar a Assistência Farmacêutica (descentralização da gestão, promoção do uso racional de medicamentos e otimização e eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público) inclui o “desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos *no âmbito do setor privado*” [grifo nosso] (BRASIL, 2001a, p. 14).

Nesse sentido, a “Lei dos Genéricos” (BRASIL, 1999), aprovada no ano seguinte, e a Farmácia Popular do Brasil, projeto idealizado e executado no governo do Presidente Luiz Inácio (Lula) da Silva, podem ser entendidas como ações coerentes com a “reorientação da Assistência Farmacêutica” preconizada pela PNM. Mas, a inclusão do setor privado, como possibilidade para a realização da Assistência Farmacêutica (no sentido do acesso aos medicamentos), abre a possibilidade para outras iniciativas que desobriguem a responsabilização estatal ou que busquem a sua efetivação pela terceirização do setor, modificando a relação de cidadania, entendida como “um conjunto de direitos atribuídos ao indivíduo frente ao Estado Nacional” (FLEURY, 1997, p.7).

A partir da PNM, a Assistência Farmacêutica que passou a ser incorporada ao SUS caracterizou-se pela disponibilização de medicamentos por meio de programas isolados e sem a devida articulação. A implantação do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, logo em seguida, pretendeu auxiliar a organização do modelo apontado pela PNM. Entretanto, de modo geral foi realizada de forma centralizada e sem um preparo e uma sensibilização anteriores. A aprovação da PNM também não foi acompanhada de outras ações articuladas que viabilizassem a sua implementação integral no sistema de saúde do país como, por exemplo, uma clara regulamentação sobre o financiamento e o incremento dos serviços relacionados ao fornecimento de medicamentos. Assim, não foram geradas as condições para a internalização, nos diferentes âmbitos de gestão do Sistema Único de Saúde, de um entendimento mais amplo da Assistência Farmacêutica (SCHENKEL et al., 2004).

A ampliação dos programas para o fornecimento de medicamentos de certa forma acompanhou a organização da atenção à

saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Mas, a desarticulação entre os diversos programas originou multiplicidade e sobreposição de elencos de medicamentos, particularmente naqueles destinados à Atenção Básica (como, por exemplo, nos programas Farmácia Básica, “kit PSF”, Hipertensão, e, no estado de Santa Catarina, o programa de Hipertensão e Diabetes). Por outro lado, para outros medicamentos essenciais, não houve definição detalhada sobre as competências de cada esfera de Governo, gerando lacunas e comprometendo o acesso. Sobre isso, a ênfase conferida à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento racionalizador das ações no SUS foi apenas parcialmente contemplada. Em que pese o esforço empregado para a sua atualização, o problema que perdurou foi quanto ao financiamento dos medicamentos essenciais: em geral, não mais de 10% do elenco total da RENAME encontraram-se incluídos em algum programa governamental.

Com o estabelecimento de programas de abrangência nacional, os laboratórios oficiais direcionaram sua produção para um mesmo e pequeno elenco de medicamentos (aqueles com maior demanda), perdendo sua função estratégica, tanto na produção de medicamentos negligenciados pela grande indústria, quanto na regulação de preços do mercado. Aliás, em relação ao último aspecto, não raro perderam em competitividade para os laboratórios privados.

Além disso, o crescimento da ação governamental não acompanhou a demanda reprimida, nem as transformações ocorridas no período. Nesse sentido, cabe comentar que, idealizado entre as décadas de 1970 e 1980, o SUS, no momento de sua implantação, a partir do ano de 2000, deparou-se com uma realidade bastante distinta que a das décadas anteriores no que diz respeito às demandas por medicamentos. Ao lado do crescimento populacional, maior expectativa de vida e crescimento no percentual de idosos, população que mais necessita de medicamentos, o período também se caracterizou pelas mudanças já comentadas da indústria farmacêutica, particularmente no que diz respeito à crescente oligopolização dos laboratórios internacionais, agressividade em relação às patentes e *marketing*, bem como da maior medicalização da vida.

A partir de 2003, com o primeiro mandato do governo Lula, a Assistência Farmacêutica foi definida como uma das cinco prioridades do Ministério da Saúde. A criação da Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), e nela o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), conferiu visibilidade para a questão, em uma demonstração da

necessidade de se prover o Sistema com estruturas políticas, administrativas e assistenciais específicas. Dessa forma, foi possível iniciar uma articulação entre os vários programas governamentais que incluíam o fornecimento de medicamentos, no sentido de harmonizar as quantidades e variedade destes. O exemplo da criação de uma instância para a gestão da Assistência Farmacêutica no nível federal passou a ser adotado crescentemente pelos estados e municípios. Vale lembrar que, até então, sem um setor que se ocupasse exclusivamente dos medicamentos, a ausência de planejamento, o imprevisto e a desqualificação técnica faziam parte do cotidiano dos municípios. Cita-se, como exemplos, a falta de critérios técnicos na aquisição de medicamentos (usualmente tratados como os demais produtos de consumo, como material de escritório ou de limpeza) que garantissem a qualidade, a validade e a segurança para o uso do produto para a finalidade a que se destina, ou a improvisação de “farmacinhas” nas unidades de saúde em espaços totalmente desprovidos de condições para o correto armazenamento, controle e dispensação de medicamentos. Medicamentos vencidos, medicamentos sem qualidade para o uso humano, falta ou excesso de medicamentos pela ausência de um planejamento das aquisições e distribuição pelos programas, perdas “inexplicáveis” de quantidades significativas do produto e outros problemas de toda a ordem compunham a rotina dos serviços. Essa situação certamente ainda não está superada nos dias de hoje, como pode ser observado em trabalhos recentes (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008; MACÊDO et al., 2009; SIQUEIRA; GAUDARD, 2009; MENOLLI; IVAMA; CORDONI Jr., 2009; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; VEBER et al., 2011). Mas também já há exemplos positivos (MOURA; PERINI, 2009; AMARAL; BLATT, 2011; BEVILACQUA; FARIAS; BLATT; 2011). Os meios de comunicação, ainda com alguma frequência, noticiam situações problemáticas. Entretanto, o corpo normativo já existente facilita o tratamento dessas situações como improbidade administrativa e não mais com a tolerância anterior<sup>19</sup>.

Durante o primeiro mandato do Presidente Lula, os atritos entre as áreas da saúde, economia e previdência também se mantiveram. Para

---

<sup>19</sup> A propósito, o Ministério da Saúde editou, em 2009, as diretrizes para a estruturação de farmácias no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

o Ministério da Saúde, em particular, foi um período de instabilidade. Além das tentativas em associar o Ministro Humberto Costa a escândalos no Ministério da Saúde (licitações fraudulentas para a contratação de hemoderivados e desvio de dinheiro destinado à compra de ambulâncias), as disputas internas às alianças governamentais, realizadas para ampliar sua base de apoio, provocaram vários sobressaltos nos quadros desse Ministério.

Dessa forma compreende-se porque a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em maio de 2004, ocorreu na instância do Conselho Nacional de Saúde e não do Ministério da Saúde, mesmo sendo uma de suas prioridades.

Enquanto que a PNM trata a Assistência Farmacêutica como uma das sete de suas prioridades, a PNAF incorpora essas e outras prioridades, sob a forma de eixos estratégicos, ao escopo da Assistência Farmacêutica (vide Figura 7). Com isso, sem anular a PNM, a PNAF expande o escopo da Assistência Farmacêutica. Outro grande diferencial é que estabelece muito claramente a posição hierárquica superior das necessidades SUS sobre qualquer definição no setor farmacêutico. Assim, modifica a concepção de Assistência Farmacêutica, tratada pela PNM como serviços governamentais, colocando-a na esfera de poder sobre as decisões políticas.

Um dos exemplos de ações nesse sentido foi a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Casa Civil (BRASIL, 2003). Com poderes maiores do que a Câmara anterior (CAMED), a CMED passou a ter atribuições mais abrangentes para deliberar sobre preços e para elaborar diretrizes de regulação do setor.

Em relação às pesquisas para o setor, no ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS), em colaboração com o Ministério da Ciência e Tecnologia e Ministério da Educação, realizou a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde com o objetivo de definir e aprovar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, como uma estratégia da reformulação do papel do MS no ordenamento do esforço nacional de pesquisa em saúde (BRASIL 2004). Na sequência, foi lançado, em 2005, o inédito edital conjunto entre o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), ao qual se vincula o DAF, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para a produção do conhecimento científico na área de Assistência Farmacêutica (Edital nº 054/2005).

**Figura 7 Eixos estratégicos estabelecidos pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CNS, 2004).**



Fonte: elaborada pela autora.

No que diz respeito ao desenvolvimento e produção de medicamentos, além dos investimentos nos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, em 2003 houve a aquisição de uma nova unidade de produção de medicamentos para a Fiocruz/Farmanguinhos, instituição que tem sido fundamental para o desenvolvimento e a produção de antirretrovirais.

A qualificação dos recursos humanos tem-se dado por meio de apoio e financiamento de Cursos de Especialização em todo o país, particularmente no que diz respeito à atenção farmacêutica e gestão da Assistência Farmacêutica.

Provavelmente a iniciativa mais popular, mas também a mais polêmica, tenha sido em relação à implantação do programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), destinado a disponibilizar, à população,

medicamentos de uso frequente, a preços subsidiados. Inicialmente, o seu funcionamento ocorria em rede própria de farmácias, criadas em parceria com Municípios e Estados, sob a modalidade de subsídio. Gradativamente, tem assumido outra forma: em parcerias com farmácias e drogarias da rede privada, identificadas com o *slogan* "Aqui tem Farmácia Popular", na modalidade de copagamento. A popularidade decorre da aceitação que a população tem quanto a qualquer medida que reduza o preço dos medicamentos. A polêmica fica por conta do conflito que gera com os princípios de universalidade e gratuidade do SUS. Embora não faça parte da rede de serviços do SUS, as FPBs iniciaram suas atividades ofertando praticamente o mesmo elenco de medicamentos já coberto por algum dos programas governamentais vinculados ao SUS. A pergunta era: se são medicamentos essenciais, não deveriam ter seu acesso garantido via SUS? A iniciativa de um programa que prevê o pagamento, ainda que reduzido, de produtos indispensáveis à saúde abre um precedente para a reversão da lógica que fundamentou o próprio SUS. Uma inovação agregada a esse programa, já no governo da Presidenta Dilma Roussef, foi o lançamento da campanha "Saúde Não Tem Preço", em fevereiro de 2011. Essa campanha visa disponibilizar, gratuitamente, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias e drogarias credenciadas no Programa "Aqui Tem Farmácia Popular". Nesse sentido, caberia uma reflexão sobre a oportunidade que essa campanha oferece para a aproximação das farmácias e farmacêuticos da rede privada aos serviços e objetivos do SUS.

Em relação à organização e financiamento dos medicamentos destinados aos serviços ambulatoriais, a centralidade assumida pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) na articulação das decisões tem sido fundamental para começar a reverter a fragmentação anterior. No final de 2006 já se articulava um processo de reorganização do custeio do SUS, incluindo as ações, responsabilidades e os serviços farmacêuticos. Com a Portaria 204, de 2007 (BRASIL, 2007), a Assistência Farmacêutica passou a constar na regulamentação do financiamento para as ações e serviços de saúde, sob a forma de um bloco próprio. Dentro do bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica foram previstos três componentes:

- Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos;

- Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica dos programas de saúde estratégicos (controle de endemias, como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos);
- Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, chamado, a partir de 2009, de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, para medicamentos destinados ao tratamento em nível ambulatorial, de acordo com as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O programas continuaram existindo, mas, conforme Vieira (2010), do ponto de vista da gestão, esse agrupamento facilitou a execução financeira por parte dos gestores do SUS. Com o governo da Presidenta Dilma Rouseff, as linhas gerais de organização e financiamento da Assistência Farmacêutica foram mantidas até o momento.

Os maiores desafios para a consolidação da cidadania no Brasil estão na área social, onde as grandes desigualdades sociais do país continuam sendo um entrave. Além disso, conforme Carvalho (2008), a “via brasileira” para a cidadania inverteu a pirâmide dos direitos ao colocar na base os direitos sociais e suas consequências podem ser percebidas de várias formas. Uma delas é a excessiva valorização do Poder Executivo, reforçando a tradição patrimonialista que orienta a ação política para a negociação direta com o governo, sem passar pela mediação da representação. Outra forma está no favorecimento de uma cultura corporativista dos interesses coletivos: ao se estabelecer benefícios sociais vinculados a categorias de trabalhadores por intermédio da negociação dessas com o governo, eles deixaram de ser tratados como direitos de todos. Sem uma ampla organização autônoma da sociedade, o próprio papel dos legisladores é visto como o de intermediários de favores pessoais perante o Executivo. Internacionalmente, ainda para o autor, os maiores desafios à cidadania estão no deslocamento da nação como principal fonte de identidade coletiva e na redução do papel central do Estado como fonte de direitos e como arena de participação. Na esteira do último aspecto, sua substituição pelo mercado equivale à substituição do cidadão pelo

consumidor, “afastado das preocupações com a política e problemas coletivos” (CARVALHO, 2008, p.226). O contraponto a essa situação estaria em reforçar a organização da sociedade, dando um embasamento social ao político.

Mesmo tendo se observado uma articulação positiva no nível federal, em relação à Assistência Farmacêutica, em paralelo e, em grande parte dos casos, conjuntamente à pressão do mercado, há ainda outros fenômenos a serem considerados e que tensionam constantemente os gastos estatais. Um deles diz respeito à pressão para a incorporação de novas tecnologias, dentre as quais, os medicamentos. O outro, refere-se à judicialização da saúde, particularmente para o fornecimento de medicamentos. Independente e paralelamente ao ordenamento governamental, o Poder Judiciário tem interferido, determinando o fornecimento de medicamentos pelo Estado, sob a âncora da positivação da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, efetuada com a sua inscrição na Constituição Federal. O crescimento vertiginoso da judicialização da saúde, desde o início desse século, vem incrementando muito a demanda pela ação estatal.

Esse é um tema polêmico já que, como norma constitucional definidora de direito social apresenta na própria Constituição Brasileira os “dispositivos específicos que vinculam recursos e geram direitos subjetivos à população para cobrar do Governo uma atuação positiva nestes setores sociais com a criação de políticas públicas setoriais” (SANTOS, 2004, p. 1). Conforme Appio (2004), os direitos sociais têm um custo que deve ser suportado pelo Estado e, nesse sentido, existe um conflito direto entre o direito à vida de um cidadão, o qual busca, através do Poder Judiciário, a sua sobrevivência, e o direito à vida de outros cidadãos, que dependem do orçamento público para sobreviver. Além disso, as políticas públicas partem de um ideal de justiça distributiva, cuja finalidade é assegurar um tratamento igual aos cidadãos iguais e desigual, aos desiguais. Na opinião desse autor:

(...) a decisão acerca das prioridades a serem conferidas pelo Estado nesta área é essencialmente uma decisão política e moral, que foge do âmbito do controle judicial. (APPPIO, 2004, p. 280)

Para Marques (2002), esta questão é importante por trazer à tona a discussão sobre os limites de ação dos sistemas jurídico e político na formulação de políticas públicas e alocação de recursos. A autora chama a atenção ainda para o fato de que este processo garante direitos



individuais em detrimento de uma coletividade que não se faz representar em juízo, pois a maioria da população não tem acesso à informação e nem chega ao Poder Judiciário. A determinação judicial para o fornecimento de medicamentos como forma de direcionamento (ou formulação) das ações públicas e alocação de recursos não configuraria meio adequado para a consolidação do princípio da equidade, como já foi defendido por alguns profissionais e pelas sentenças judiciais. Marques e Dallari (2007, p. 105) concluem que:

As decisões judiciais vêm influenciando na função de tomada de decisões coletivas com base nas necessidades individuais dos autores e, mais grave que isso, tais ações ainda podem acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos autores.

É importante, no entanto, considerar que a entrada do Poder Judiciário no cenário do sistema de saúde representa um avanço na garantia dos direitos sociais dos cidadãos, quando imprime sanções para o Poder Executivo em casos de negligência ou incompetência. É neste contexto que a Assistência Farmacêutica, como conjunto articulado de ações baseadas em critérios técnicos, científicos e sociais, tem papel decisivo para que o direito de acesso aos medicamentos e o seu uso racional sejam garantidos (SANTOS; LEITE, 2008).

Do debate sobre a extensão, a equidade e os limites dos direitos públicos é que se tornam mais claros e precisos os valores que devem nortear a proteção social e, dentro dela, a Assistência Farmacêutica enquanto produto de políticas sociais.

Finalizando este capítulo, foram reunidas e resumidas, no Quadro 1, as principais características observadas na trajetória brasileira, em relação: ao plano político-econômico; às políticas de saúde; às formas de proteção social; à condição de cidadania (sob a perspectiva social); ao setor industrial farmacêutico; às áreas de atuação do profissional farmacêutico; e às concepções de assistência farmacêutica.

Em que pese alguma arbitrariedade na divisão temporal dos períodos e na eventual incompletude das informações, é possível observar inter-relações nas modificações ocorridas nos vários aspectos selecionados. As inter-relações relativas ao plano político-econômico, políticas de saúde, formas de proteção social e condição de cidadania (sob a perspectiva social) têm sido abordadas por diversos autores,

dentre os quais foram referenciados neste trabalho. Neste trabalho, procurou-se incluir e relacionar o plano as transformações no setor industrial farmacêutico, nas áreas de atuação do profissional farmacêutico e no que diz respeito às concepções de assistência farmacêutica.

Concluindo, o trabalho de cuidado exercido até o início do século XX por farmacêuticos e outros profissionais, e que podia incluir a preparação e venda de medicamentos, é associado ao termo “assistência farmacêutica”, representando assim uma concepção de prática profissional. Outra concepção foi difundida durante o processo de industrialização no Brasil do século XX, quando assistência farmacêutica foi associada à disponibilização de medicamentos, de forma desvinculada de uma prática profissional. No mesmo período, ocorria a descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde e a supervalorização do medicamento, em sua dupla natureza de agente terapêutico e objeto de consumo. Com este sentido, o termo é associado às medidas de facilitação do acesso ao medicamento, estabelecidas por políticas sociais. Inicialmente, sob o modelo de seguro social, tais medidas se caracterizaram por conceder benefícios a grupos de trabalhadores, configurando uma modalidade de direitos sociais definida pela expressão “cidadania regulada”. Na década de 1970, no bojo da reforma centralizadora do governo militar, Assistência Farmacêutica passou a designar o fornecimento de um elenco mínimo de medicamentos à população de baixa renda, por ação direta do Estado, caracterizando-se como uma relação de cidadania invertida. Atualmente, coexistem diferentes concepções, com tendência a considerá-la como o conjunto articulado de ações que possibilitam o acesso e o uso racional dos medicamentos. Dentro de uma concepção alinhada ao direito à saúde, propõe-se que Assistência Farmacêutica se refira ao fruto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com a oferta de medicamentos e serviços afins e se viabiliza prioritariamente na rede de serviços do SUS.



**Quadro 1 Principais características brasileiras, em diferentes períodos históricos, relativas aos aspectos tratados neste capítulo.**

<b>PERÍODO:</b>	<b>Até 1930</b>	<b>1930-1964</b>	<b>1964-1988</b>	<b>1988 em diante</b>
<b>Plano político-econômico:</b>	Colônia de exploração → Monarquia (mantendo o mesmo modelo de produção) → República com o domínio político das oligarquias agrárias.	Alternâncias entre ditaduras e democracia representativa. Deslocamento da oligarquia agroexportadora do exercício do poder em favor de uma coalizão entre a burguesia industrial e trabalhadores urbanos.	Ditadura militar e transição democrática. Internacionalização do capital “amalgamado pela presença de um Estado autoritário-burocrático, empresarial, militarizado e tecnocrático” (FLEURY, 1997, p.211).	Democracia representativa e participação popular em construção. Globalização econômica como elemento de pressão política.
<b>Orientação das políticas voltadas à saúde:</b>	De acordo com os interesses hegemônicos dos setores agroexportadores, (saneamento dos portos, medidas de saúde pública e higiene do espaço urbano).	Fortalecimento do aparato estatal em saúde. Modelo verticalizado e setorializado. Formação de uma burocracia pública profissionalizada	Privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada.	Grande esforço na orientação para um modelo de saúde abrangente, materializado no SUS. Enfrentamento com a tendência mundial ao neoliberalismo e tentativas de desmantelamento dos sistemas sócio-assistenciais públicos.
<b>Proteção Social:</b>	Assistencialismo caritativo, sem a participação do Estado.	Amadurecimento e crise do sistema de proteção social Projeto governamental de incorporação controlada e fragmentada da classe trabalhadora, sem caráter redistributivo	Reforma centralizadora da previdência, expandindo a cobertura, ainda sob o modelo de seguro social.	Ampliação da proteção social com base na noção de cidadania estendida a todos os membros da sociedade.
<b>Condição de cidadania (perspectiva social):</b>	INVERTIDA (assistencialismo caritativo)	REGULADA (condicionada ao trabalho).	REGULADA (previdência social) E INVERTIDA (saúde)	REGULADA (para a maioria dos benefícios da previdência social) UNIVERSAL (saúde)

<b>Características do setor industrial farmacêutico:</b>	Insipiente.	Estabelecimento de oligopólios farmacêuticos internacionais.	Predomínio da indústria transnacional, praticamente sem regulação estatal. Tentativa de nacionalização de parte do setor, com a criação da CEME.	Predomínio da indústria transnacional, com crescente regulação estatal.
<b>Áreas de atuação do profissional farmacêutico:</b>	Na farmácia: orientação, elaboração e venda de medicamentos.	Na farmácia: comerciante/balconista. Análises Clínicas (principalmente) e Bromatológicas em ascensão .	Indústria, Farmácia Hospitalar. Em outros países: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Tendência à automatização das Análises Clínicas.	Serviços públicos de saúde. Possibilidade de inserção em atividades multidisciplinares de cuidado em saúde.
<b>Concepção de assistência farmacêutica:</b>	Prática farmacêutica de cuidado em saúde.	Disponibilização ou facilitação da aquisição de medicamento como benefício do seguro social.	Mantém-se a característica anterior à qual é somada a ação direta do governo no fornecimento de medicamento a grupos menos favorecidos.	Articulação de ações de forma a possibilitar o acesso da população aos medicamentos e o seu uso racional.

Fonte: elaborado pela autora.



#### 4. FORMULAÇÕES CONCEITUAIS SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ESBOÇO TEÓRICO PARA A PRÁTICA

Entre o final da década de 1980 e o início do século XXI, foram elaboradas várias proposições, chamadas de conceitos de assistência farmacêutica. O período coincide com a transição democrática, marcado por profundos debates e, particularmente na saúde, um grande esforço de renovação institucional. Por isso, considera-se que o esforço de conceituação da assistência farmacêutica, por diferentes grupos, tenha sido feito no intuito de elaborar teoricamente um modelo de organização dos serviços necessários à garantia do acesso e uso racional dos medicamentos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Conforme tratado no capítulo anterior, pelo menos desde a década de 1960, durante a reforma centralizadora do governo militar, cristalizou-se, na esfera da Previdência Social e com relação aos benefícios dos trabalhadores contribuintes, uma interpretação (e prática) de assistência farmacêutica pautada unicamente na disponibilização de (alguns) medicamentos.

Com a criação da CEME, em 1971, essa interpretação é expandida para a esfera da saúde, para expressar o fornecimento governamental de alguns medicamentos essenciais a grupos populacionais financeiramente carentes. Tratada como um programa governamental, a Assistência Farmacêutica coordenada pela CEME envolvia, basicamente, as operações de aquisição e distribuição de medicamentos.

A inadequação desse modelo, com a perspectiva da criação do SUS, era reconhecida pela própria CEME (BRASIL, 1987a). Entretanto, era grande a distância entre a sua prática centralizadora e focalizada, já consolidada em mais de uma década, e as proposições defendidas para o SUS como, por exemplo, no que diz respeito à descentralização das ações e ao princípio da universalidade. Em relação a esse último, observam-se contradições no discurso da CEME. Mesmo defendendo, como obrigatoriedade do Poder Público, a “prestação de assistência farmacêutica, no plano da atenção básica de saúde, **a todos os brasileiros**” (grifo nosso) (BRASIL, 1987a, p. 41), também afirmava o compromisso com a “universalização da assistência farmacêutica à população assistida pela rede governamental de saúde” (grifo nosso) (BRASIL, 1987a, p. 35). A adjetivação da população alvo como aquela “assistida pela rede governamental de saúde” pode ser entendida como

um eufemismo para “população pobre”, revelando a manutenção da concepção de cidadania invertida, característica da ação da CEME na década anterior.

#### 4.1 O ESFORÇO PARA A CONCEITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ao final de um grande evento promovido pela CEME em 1988, o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, a concepção reduzida de Assistência Farmacêutica passa a coexistir com outra, cujo escopo é ampliado para ações e serviços relacionados:

Trata-se de um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível individual ou coletivo, centrados no medicamento; (...) engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e farmacovigilância do medicamento. (BRASIL, 1988, p. 36)

Conforme PERINI (2003), esse conceito/proposta foi proveniente da Universidade. Ele guarda semelhança com a maneira pela qual a farmácia hospitalar, campo de atuação farmacêutica mais desenvolvido à época, organizava-se (produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação). Mas, enquanto para a farmácia hospitalar os “procedimentos” constituíam os serviços farmacêuticos, executados ou supervisionados por esse profissional, no conceito de 1988 eles são apresentados como parte dos mecanismos operacionais do SUS, no que tange os medicamentos, a ser desenvolvidos multidisciplinarmente.

A qualificação dos procedimentos de que trata essa proposição como necessários à promoção, proteção (prevenção, no original) e recuperação da saúde, ao mesmo tempo em que os delimita naqueles “centrados no medicamento”, distinguindo-os, assim, dos demais serviços de saúde (ou procedimentos) que visam os mesmos fins, procura inscrever a assistência farmacêutica no projeto societário presente no ideário da Reforma Sanitária. Embora represente um avanço se considerarmos a pouca ou nula participação dos farmacêuticos, enquanto grupo profissional, no movimento da Reforma, também



evidencia uma lacuna teórica, não resolvida nas proposições posteriores dela derivadas: como “procedimentos centrados no medicamento” ou “tendo o medicamento como insumo essencial” poderiam ser caracterizados como aqueles necessários à promoção da saúde? Sob a ótica da Reforma Sanitária, a saúde decorre de uma série de fatores em grande parte externos à vontade ou responsabilidade individual, como a cultura (ou possibilidade) alimentar, as condições de habitação, saneamento, trabalho, educação, etc. Assim, as ações de promoção da saúde estão associadas à emancipação dos sujeitos, no sentido de estimular suas potencialidades de cidadania. Requerem, portanto, uma prática política para o enfrentamento das questões da saúde que perpassa a democratização do Estado e da sociedade e inclui a elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes (BUSS, 2003). Os “procedimentos” descritos eram necessários e urgentes para a qualificação dos serviços voltados para as ações curativas, mas não bastariam para enfrentar, entre outros problemas, a excessiva medicalização da sociedade, fator diretamente implicado com a proteção e a promoção da saúde.

Outra lacuna que se tornou evidente com o passar dos anos foi em relação à abordagem sistêmica que se queria conferir ao “conjunto de procedimentos”, frequentemente apresentado e designado como o ciclo da assistência farmacêutica. Compreende-se essa preocupação no sentido de não haver uma divisão parcelar do trabalho, resultando na execução de cada um dos procedimentos ou etapas do ciclo da assistência farmacêutica de forma desarticulada com os demais. Essa abordagem, provavelmente também decorreu da influência exercida pela farmácia hospitalar, área em que se falava em “enfoque sistêmico”, muito embora sua teorização para as questões farmacêuticas não tenha ocorrido<sup>20</sup>. A formação fragmentada do farmacêutico, focada nos aspectos biológicos e técnicos, também não o prepara, até hoje, para uma atuação nesse sentido.

---

<sup>20</sup> Exemplo disso é o livro de Maia Neto (1990), *Farmácia Hospitalar: um enfoque sistêmico*, publicado dentro dos programas de educação da OPAS. Apesar do título, em nenhum momento, no corpo da obra, é feita qualquer referência às teorias sistêmicas ou é conferido um tratamento sob essa abordagem às atividades farmacêuticas.

A necessidade de aperfeiçoar uma proposta adequada ao SUS fez com que muitos estados e entidades farmacêuticas refletissem a respeito, emitindo novos conceitos/propostas.

Um dos trabalhos que ganhou uma considerável divulgação na época, tendo sido empregado como referência em vários documentos, foi o de Santich (1995). Em que pese sua contribuição para expandir o objetivo da assistência farmacêutica, inserindo a questão da racionalidade no uso dos produtos farmacêuticos, também introduziu uma confusão conceitual que persiste até hoje. Os termos “assistência farmacêutica” e “atenção farmacêutica”, ao mesmo tempo em que são apresentados como sinônimos, são também diferenciados em relação à sua origem político-geográfica e “grau de avanço”. A assistência farmacêutica, “menos avançada” e coincidentemente de ocorrência nos países menos desenvolvidos, apresentaria a centralidade das ações no medicamento e conotações mais operacionais. A atenção farmacêutica, “mais avançada” ou “contemporânea”, presente nos países desenvolvidos, veria o medicamento como um instrumento e teria sua centralidade no indivíduo que dele necessitasse. A análise dos processos nos quais emergiram a atenção farmacêutica, no contexto internacional, e a assistência farmacêutica, no Brasil, mostra que as diferenças entre os dois termos são de outra ordem. O termo atenção farmacêutica surgiu no Brasil como tradução do espanhol “*atencion farmacêutica*” que, por sua vez, provêm do termo inglês “*pharmaceutical care*”. A atenção farmacêutica foi desenvolvida nos Estados Unidos da América sobre as bases da farmácia clínica, resultante da luta corporativa de uma profissão e a oportunidade de reafirmar o prestígio e a importância social, que haviam decrescido desde a industrialização dos medicamentos. Está associada a uma prática profissional liberal. Por outro lado, a assistência farmacêutica no Brasil, desde 1970, vinculava-se ao estabelecimento de políticas públicas para o acesso e a produção de medicamentos no país. Com a criação do SUS, a sua discussão conceitual procurava se articular a um projeto societário.

## 4.2 OS ENUNCIADOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Outros enunciados que se seguiram ao de 1988 encontram-se no Quadro 2. Em sua maioria seguem definindo assistência farmacêutica como um conjunto ou grupo de procedimentos, atividades, ações e/ou serviços inseridos nas práticas de saúde, nos moldes da proposição de 1988, cuja distinção, quando é feita, dá-se pela afirmação de sua

centralidade (medicamento, cuidados farmacêuticos) ou finalidade específica (assegurar o acesso da população aos medicamentos), ou ainda pela descrição dos mesmos (pesquisa, produção, padronização, etc.).

Compreende-se que a centralidade no medicamento, quando explicitada, destina-se a delimitar a especificidade da assistência farmacêutica em relação a outras subáreas da saúde. Em outras palavras, possibilita a diferenciação dos procedimentos, atividades, ações e/ou serviços que lhe dizem respeito de todos os demais da área da saúde. Entretanto, ao fazer isso, possibilita que a assistência farmacêutica se caracterize mais pelo cuidado destinado aos produtos do que às necessidades humanas que justificariam sua disponibilização.

Quanto à finalidade da assistência farmacêutica, não há grandes divergências, já que em quase todos os enunciados se encontra o acesso aos medicamentos. Exceção é feita nas formulações da SES/CE, nas quais os procedimentos são destinados ao suporte de ações de saúde, sem menção ao medicamento (enunciado de 1996) e, posteriormente, estão descritos como os cuidados farmacêuticos (enunciado de 1998), também sem mencionar os medicamentos.

Uma diferenciação maior é observada em relação a qual esfera da vida pública a assistência farmacêutica está inserida. Nesse sentido, as formulações, em certa medida, traduzem as perspectivas nas quais estão inseridos os seus formuladores. Assim, a proposição do Conselho Federal de Farmácia (CFF), ao descrever a assistência farmacêutica como “ações e serviços (...) nos estabelecimentos públicos e privados” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997), desvincula tal assistência das políticas sociais, remetendo-a para a esfera da execução de toda e qualquer atividade relacionada aos medicamentos ou, de forma condizente a uma instituição corporativa, ao profissional farmacêutico. Desta forma, diferencia-se das anteriores, emitidas por coletivos que buscavam a qualificação das políticas sociais para o acesso aos medicamentos. Nela, a condição de pertencimento à assistência farmacêutica dá-se pelo objeto de trabalho, o medicamento. Nos enunciados anteriores, mesmo quando não explicitado, o contexto ou a posição da qual foram emitidos permite que se compreendam os “procedimentos” ou “ações” englobados pela assistência farmacêutica como aqueles necessários à organização dos serviços públicos de saúde, no que diz respeito à disponibilização de medicamentos com qualidade e segurança à população. Por isso, situam a condição de pertencimento à assistência farmacêutica dentro do campo da saúde, enquanto direito social.

**Quadro 2 Enunciados apresentados como conceitos de assistência farmacêutica, entre os anos de 1996 e 2004.**

Origem, ano	Enunciado
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 1996	Um conjunto de procedimentos técnico-científico, operativo, informativo, com critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade para suporte das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, focalizando as necessidades do paciente e da comunidade em prol da saúde e melhor qualidade de vida (BARRETO, 2007).
Federação Nacional das Entidades Farmacêuticas, 1996	Um conjunto de ações, centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Essas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão envolver: padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ENTIDADES FARMACÊUTICAS, 1996).
Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, 1996	A assistência farmacêutica, assim entendido o conjunto de ações que, inseridas no âmbito da política de saúde, objetivam assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais, implica em enfrentar as questões do planejamento, abastecimento, produção, controle da qualidade e uso racional de medicamentos enquanto ações prioritárias e estratégicas (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1996).
Conselho Federal de Farmácia, 1997	O conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997).
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 1998	Um conjunto de atividades inter-relacionadas, técnica e cientificamente fundamentadas com critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades às ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada nos cuidados farmacêuticos ao paciente e à coletividade (MARIN, 1999).

Política Nacional de Medicamentos, 1998	<p>“todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais”, como “seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação”, além de ter gestão descentralizada (BRASIL, 2001a, p.12).</p> <p>Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001a, p.34).</p>
Consenso brasileiro de atenção farmacêutica, 2002	<p>Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2002).</p>
Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004	<p>Assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).</p>

Fonte: Barreto (2007); Federação Nacional das Entidades Farmacêuticas (1996); Escola Nacional de Saúde Pública (1996); Conselho Federal de Farmácia (1997); Marin (1999); Brasil (2001<sup>a</sup>); OPAS (2002); Conselho Nacional de Saúde (2004).

Na Política Nacional de Medicamentos, editada pelo Ministério da Saúde, no segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, encontram-se duas definições. Uma delas é apresentada como os serviços governamentais que compõem a assistência à saúde,

destinados à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A outra, presente no item “Terminologia” (BRASIL, 2001a, p. 34), reforça o entendimento de assistência farmacêutica como serviços farmacêuticos. O seu texto é uma versão em português da descrição que a Organização Pan Americana da Saúde (MARIN, 1999) faz dos *servicios farmacêuticos*.

A posição defendida pela Federação Nacional das Entidades Farmacêuticas (1996), posteriormente ratificada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, amplia o âmbito da assistência farmacêutica para além dos serviços, colocando-a como uma política norteadora para o setor, tendo as necessidades do SUS como critério fundamental para a definição das prioridades de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, entre outras.

A PNAF, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, prossegue com um enunciado de conteúdo mais politizado, de forma coerente com a natureza dessa instituição. Assistência Farmacêutica também é apresentada como serviços destinados ao acesso e uso racional de medicamentos. Com um texto bastante semelhante ao de 1988, a versão da PNAF explicita mais claramente a finalidade da assistência farmacêutica (o uso racional de medicamentos e o impacto positivo sobre a qualidade de vida da população) do que a anterior. Também descreve com maior detalhamento as ações que a compõe, embora não abranja todos os “eixos estratégicos” detalhados nos parágrafos do Artigo 2º de seu texto. As atividades descritas remetem aos serviços tipicamente farmacêuticos, mesmo que não exclusivamente, havendo um deslocamento da centralidade no medicamento para a centralidade no indivíduo que dele necessita. Além disso, é conferido à Assistência Farmacêutica um *status* que extrapola os serviços. Conforme o Parágrafo II, do Artigo 1º:

A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004)

Essa posição é reforçada no Artigo 2º, no qual os “serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde” são apenas um dos “eixos estratégicos” a ser englobado pela PNAF. Os demais, em sua maioria, constavam na PNM, mas como diretrizes e prioridades distintas da Assistência Farmacêutica, delimitada então como serviços. Além da ampliação do âmbito da Assistência Farmacêutica para praticamente todas as questões relativas aos medicamentos, a PNAF enfatiza a posição do SUS como instância hierarquicamente superior aos demais setores (economia, indústria, tecnologia, etc.) e definidora das necessidades e prioridades para o país e não apenas à sua rede de serviços. Esse aspecto não tem recebido a devida atenção da academia e dos serviços.

A maior amplitude da concepção de Assistência Farmacêutica apresentada pela PNAF, entretanto, não elimina as inconsistências comentadas para o enunciado de 1988, no qual se baseia. Mesmo assim, academia e serviços têm adotado o enunciado apresentado no texto dessa política, sem questionamentos.

#### 4.3 NECESSIDADE DE RETOMAR A DISCUSSÃO

No cotidiano do SUS, a expansão da Assistência Farmacêutica repercutiu no aumento na demanda por profissionais farmacêuticos. Uma das razões para isso é o elevado e crescente custo envolvido para a disponibilização de medicamentos (VIEIRA, 2009) que, além do gasto direto com a aquisição, também inclui outros elementos necessários para evitar perdas de produtos e, conseqüentemente, financeiras. São eles: a escolha dos elencos, concomitantemente à definição de protocolos clínicos que orientem a prescrição médica; a programação dos quantitativos; a capacidade de avaliar e aliar qualidade e preço no momento da compra; e a manutenção de condições de armazenamento e transporte capazes de manter ao máximo essa qualidade.

Outros fatores implicados com os serviços podem onerar o sistema, mas ainda têm sido pouco considerados em nosso meio: são aqueles relacionados ao usuário. O seu comportamento frente aos medicamentos poderá determinar o fracasso do tratamento medicamentoso ou mesmo representar um risco à sua saúde ou à de outras pessoas, incidindo em novos custos ao sistema. Além disso, para grande parte dos medicamentos, particularmente os mais onerosos, pouco ou nada se conhece sobre a resposta terapêutica em nossa

população. Portanto, parte das “ações” presentes na descrição de Assistência Farmacêutica apresentada pela PNAF incide diretamente sobre a otimização dos recursos financeiros, requerendo, para isso, maior investimento nos serviços.

Dessa forma, Assistência Farmacêutica e os serviços farmacêuticos passam a estar imbricados, fato que se apresenta como uma oportunidade ímpar para uma profissão que “percorreu o século tentando não deixar de existir” (COREZOLA, 1996, p. 6).

Contudo, o aspecto econômico, fundamental para garantir a sustentação do sistema, não deve ser o único elemento a ser considerado. Não se pode ignorar ou esquecer que o SUS é fruto de um projeto societário, cujos valores, pautados nos direitos humanos, solidariedade, cidadania e emancipação dos sujeitos, devem presidir as definições para o setor, bem como as práticas profissionais. Desde a definição das prioridades para a pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, à execução dos serviços diretamente com o usuário, o constante questionamento sobre as consequências dessas ações para a construção de uma sociedade mais justa não pode ser preterido ou substituído pelas também importantes questões técnico-normativas. Assim, a oportunidade que se apresenta possibilita reconstruir (fazendo um resgate da função social original do farmacêutico dentre aqueles dedicados “à arte de curar”) um projeto profissional, alinhado a um projeto societário equânime.

Entende-se que assistência farmacêutica e a prática farmacêutica mantém uma dupla relação: enquanto definições teórico-conceituais sobre a primeira são essenciais para nortear a segunda, é com esta, basicamente, que se operacionaliza a primeira, muito embora Assistência Farmacêutica não se limite a uma prática profissional.

Nesse sentido, os enunciados desenvolvidos a partir da década de 1980 têm sua importância enquanto esforço para dar visibilidade a uma subárea da saúde até então ignorada ou limitada, sem os devidos cuidados, ao objeto de que trata ou que lhe caracteriza, a saber, o medicamento. Compreende-se que a definição de assistência farmacêutica como um conjunto ou grupo de procedimentos, atividades, ações e/ou serviços inseridos nas práticas de saúde é feita com a finalidade de salientar a necessidade de incorporar à disponibilização de medicamentos, além do próprio produto, as práticas indispensáveis à garantia de acesso com qualidade, subordinadas aos princípios e valores estabelecidos para o SUS. Entretanto, para diferenciá-la das demais práticas de saúde caracterizando-a por sua relação com o medicamento, esse, por vezes, foi tomado não como objeto, mas como o próprio



objetivo da assistência farmacêutica. O papel do profissional farmacêutico, como elemento-chave para a sua operacionalização, é pouco enfatizado. A fragilidade da profissão farmacêutica, fraturada em seus descaminhos no Brasil do século XX, paralelamente à importância conferida ao medicamento no mesmo período, certamente influíram sobre esses enunciados.

A citação das etapas englobadas pela assistência farmacêutica serviu para a construção de um elemento heurístico, o ciclo da assistência farmacêutica, geralmente apresentado pela sequência de: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos. Ao mesmo tempo em que confere certa materialidade à assistência farmacêutica, por facilitar a visualização das etapas a ser implementadas, o ciclo também a circunscreve em um campo limitado, no qual predominam as tarefas logísticas para a disponibilização de medicamentos, com pouca ou nenhuma inter-relação com as demais práticas de saúde, dentro de uma concepção de saúde bastante reduzida.

Os enunciados, portanto, ainda carecem de uma especificidade que a distinga do todo sem reduzi-la ao medicamento, bem como da necessária abstração que confere a um conceito a sua capacidade de generalização. Nesse sentido, o conceito apresentado no capítulo anterior, de Assistência Farmacêutica como produto de políticas sociais, cuja materialidade ocorre com a disponibilização de medicamentos, procura inseri-la no campo dos direitos sociais e, dessa forma, obrigatoriamente a vincula às necessidades da população. Ao não citar uma ou outra etapa que a compõe, pretende incluir todos os elementos (técnico-científicos, normativos, legais, políticos e éticos) envolvidos em sua consecução.



## 5. PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Neste trabalho, partiu-se do pressuposto de que o caráter polissêmico do termo “assistência farmacêutica” permitiria a construção de diferentes objetos de estudo e que a insuficiente reflexão sobre cada um dos seus sentidos atuaria como obstáculo epistemológico para a produção do conhecimento nesse campo.

Nos capítulos anteriores, foram apresentadas e analisadas diferentes concepções desenvolvidas no contexto brasileiro e explicitadas sob esse termo. Discutiu-se que cada concepção pode fortalecer políticas públicas distintas, bem como determinar processos do trabalho diferenciados.

Parte do material bibliográfico utilizado foi obtido de uma revisão nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando-se o descritor “assistência farmacêutica”, no período de 1980 a maio de 2011. A literatura obtida por meio dessa revisão é composta, em sua maior parte, por artigos publicados em periódicos científicos. Observou-se, nesse material, uma grande diversidade de temas, sugerindo que, ou o escopo do descritor seria tão abrangente quanto essa diversidade, ou a diversidade seria decorrente da frágil e pouco específica definição conceitual do termo “assistência farmacêutica”, hipótese que reforçaria os pressupostos iniciais.

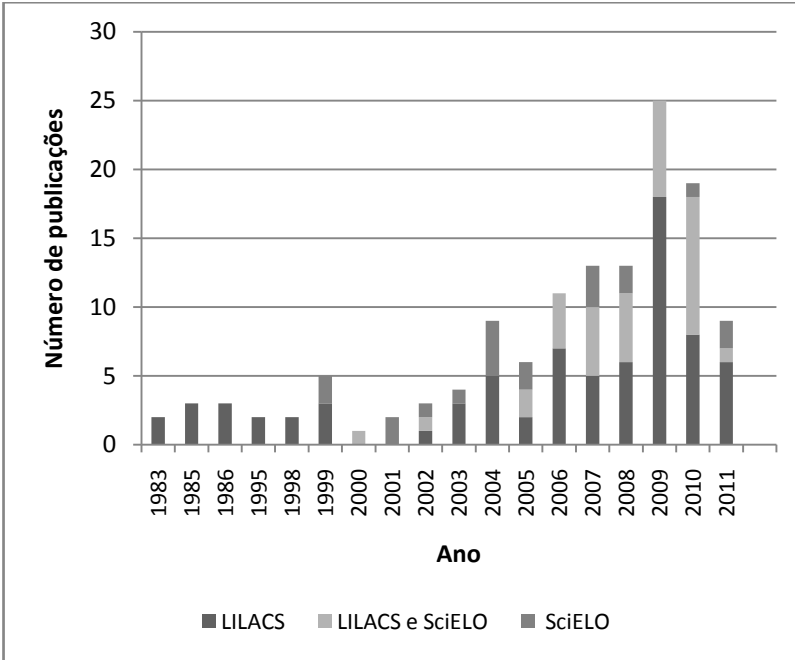
Nesse capítulo, são analisados os artigos indexados nas duas bases de dados, no período explicitado e que se referem diretamente à realidade brasileira, como forma de realizar uma primeira aproximação sobre a produção de conhecimento em assistência farmacêutica no Brasil. Justifica-se a limitação, à realidade brasileira, na seleção dos artigos, pelo entendimento de que o emprego desse termo, em qualquer das concepções identificadas anteriormente, encontra especificidades próprias em nosso país. Ao mesmo tempo, buscou-se no material, substrato para identificar outras possíveis concepções, explícitas ou implícitas, de assistência farmacêutica, bem como as associações feitas entre outros temas e esse termo, de forma a investigar a sua contribuição na definição, precisão e amplitude do conceito.

### 5.1 SOBRE ANO/NÚMERO DE PUBLICAÇÕES

Foram selecionados 132 artigos dos quais 76 (58%) referidos exclusivamente pela base LILACS, 20 (15%) pela SciELO e outros 36

(27%) em ambas (Figura 8). Do total, 68 (52%) correspondem às publicações datadas a partir do ano de 2008 em diante.

**Figura 8 Distribuição, por ano e base de dados, das publicações selecionadas sob o descritor “assistência farmacêutica, no período de 1980 a maio de 2011.**



Fonte: elaborado pela autora.

Embora toda a produção científica brasileira venha crescendo progressivamente nas últimas décadas, como reflexo do aumento no contingente de pesquisadores e dos programas de pós-graduação no país, é notável que a produção sobre assistência farmacêutica dos últimos três anos e meio seja equivalente, numericamente, à produzida nos quase trinta anos anteriores. Uma explicação para esse crescimento estaria na relativamente recente incorporação da Assistência Farmacêutica como prioridade nas políticas de saúde e na agenda de prioridades para pesquisa na saúde (SCHENKEL, 2004). Embora estejamos ultrapassando duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde, as ações relacionadas ao acesso aos medicamentos no contexto do SUS, designadas por Assistência Farmacêutica, passaram a receber

atenção somente a partir de 1998, com o estabelecimento da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001a) e a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, em 2001 (BRASIL, 2001b). A expansão do elenco dos medicamentos então chamados de dispensação em caráter excepcional, em 2002, a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em 2003 e a inclusão da Assistência Farmacêutica como uma das cinco prioridades do Ministério da Saúde, também no ano de 2003 e o fenômeno da judicialização em saúde, deram visibilidade nacional à questão, o que pode ter contribuído para estimular o interesse acadêmico, lócus de maior peso na produção do conhecimento.

Estes dados indicam que a produção de conhecimento em assistência farmacêutica é posterior ao estabelecimento das políticas sociais correspondentes. Em outras áreas, a exemplo da saúde coletiva, a produção acadêmica, em muitos aspectos, precedeu o estabelecimento de políticas sociais, contribuindo para a sua formulação e posterior conformação dos serviços de saúde. Nesse sentido, a universidade, em seu conjunto, não teve papel relevante para a formulação das políticas para a assistência farmacêutica, ainda que muitos dos sujeitos que as desenvolveram e implementaram sejam originários dessa instituição.

Particularmente no que diz respeito à pesquisa, o lançamento do edital conjunto entre Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para a produção do conhecimento científico na área de Assistência Farmacêutica, em 2005 (Edital nº 054/2005), certamente também contribuiu para o crescimento observado. Entretanto, em que pese a resposta positiva, pelo menos numericamente, ainda falta saber o quanto a produção de conhecimento decorrente de fomento governamental é capaz de responder às necessidades (técnico-científicas e sociais) da área e em que medida esse fomento irá se traduzir no estabelecimento de linhas ou grupos de pesquisa expressivos e não somente eventuais.

## 5.2 SOBRE OS PERIÓDICOS

Os trabalhos selecionados foram publicados em 43 diferentes periódicos, predominantemente brasileiros.

A Tabela 1 apresenta a classificação dos periódicos que publicaram 2 ou mais artigos, considerando o sistema QUALIS, utilizado pela CAPES na avaliação da produção intelectual dos

Programas de Pós-Graduação, segundo os critérios de 2010. O valor é atribuído em função da pertinência do conteúdo veiculado, em cada área. Observa-se que, na área da Farmácia, as revistas que publicaram a maioria dos artigos aqui tratados possuem uma classificação inferior às áreas da Saúde Coletiva, Interdisciplinar e Enfermagem e acompanham as áreas da Medicina I, II e III. Estes dados indicam que a produção nesse campo ainda tem pouca influência na produção total da área da Farmácia.

Por outro lado, em revisão sobre farmácia hospitalar, Osório-de-Castro e Miranda (2007) observam que a falta de revistas direcionadas especificamente para a temática podem ter contribuído para a baixa presença de trabalhos indexados sob o termo “assistência farmacêutica”, uma vez que os mecanismos de busca estão ligados a bancos que congregam revistas indexadas nos quais as publicações novas, ou ainda não consolidadas, não têm seus artigos resgatados.

**Tabela 1 Distribuição de publicações por periódicos e classificação dos periódicos conforme o sistema de QUALIS utilizado pela CAPES na avaliação da produção acadêmica dos Programas de Pós-Graduação, segundo os critérios de 2010.**

Periódico	N. publicações	QUALIS 2010						
		Farmácia	Saúde Coletiva	Interdisciplinar	Enfermagem	MED I	MED II	MED III
Caderno de Saúde Pública	25	B3	A2	B1	A2	B3	B3	B3
Ciência & Saúde Coletiva	19	B3	B1	B1	B1	B3	B3	B4
Revista de Ciências Farmacêuticas (1979 a 2004) = Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas (2005 em diante)	14	B5	-	B1	B4	-	B5	-
Revista de Saúde Pública	13	B2	A2	A2	A1	B2	B2	B2
Revista de Brasileira de Ciências Farmacêuticas (2002 a 2008) = Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences (2009 em diante)	12	B3	B3	B3	B1	B4	B4	B4
Revista do HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul	4	B5	B5	B4	-	B5	B5	B5
Saúde e Sociedade	4	B5	B3	B1	B2	B4	B4	B4
Physis	3	C	B1	B1	B1	B4	B3	-
Revista de Panamericana de Salud Publica	3	B2	B2	A2	A2	B2	B2	B2
Revista da Assoc. Med. Bras	3	B3	B2	B2	B1	B3	B3	B3
Divulg. saude debate	2	-	B3	B3	B3	-	B5	-
Revista de Direito Sanitário	2	B5	B3	C	B3	-	-	-

Fonte: elaborada pela autora.

### 5.3 A QUESTÃO DA INDEXAÇÃO

Ainda que todas as publicações estivessem indexadas sob o descritor “assistência farmacêutica”, em 45 (34%) não havia qualquer menção a esse termo, reforçando a hipótese de indefinição ou confusão conceitual. Em uma revisão sobre farmácia hospitalar, Osório de Castro e Miranda (2007, p. 42) concluem que “nem toda a bibliografia disponível em periódicos indexados está atrelada ao termo ‘assistência farmacêutica’”. Essas autoras relatam que a busca direta em revistas da área de saúde coletiva no Brasil, de 1999 a 2005, possibilitou encontrar outros 20 artigos, além dos 30 encontrados, sob o termo “assistência farmacêutica”, nas bases Medline e LILACS.

Outro complicador diz respeito ao Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) “assistência farmacêutica”. O DeCS é um vocabulário controlado trilingue (português, espanhol e inglês), cabeçalho ou descritor de assunto produzido pela NLM (*U.S. National Library of Medicine*) para a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e utilizado pela base de dados LILACS. Da mesma forma que um *thesaurus*, opera como um instrumento para a indexação e recuperação de documentos e informações em um determinado campo do saber.

Pelo menos duas alterações foram efetuadas na descrição do DeCS “assistência farmacêutica” durante o período, indicando que sua conceituação não se encontrava bem estabelecida. Até 2008, correspondia a:

Política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde.

O texto é o mesmo apresentado na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CNS, 2004), não como de uma definição de assistência farmacêutica, mas sim como um dos princípios dessa Política.

Na mesma edição, válida até 2008, são apresentados, como tradução do DeCS “assistência farmacêutica”, nas línguas inglesa e



espanhola, *Pharmaceutical Care* e *Atención Farmacéutica*, respectivamente. Esses termos dizem respeito ao que no Brasil tem sido chamado de atenção farmacêutica (e não assistência farmacêutica), que corresponde a um modelo de prática farmacêutica desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos da América sobre as bases da farmácia clínica. Apesar de se observar cotidianamente o uso equivocado desses termos, desde a introdução do ideário da atenção farmacêutica no Brasil sempre houve distinção desta em relação à assistência farmacêutica.

Na edição de 2009, a definição adotada para o DeCS “assistência farmacêutica” passou a ser:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

O texto é o mesmo apresentado como conceito de Assistência Farmacêutica pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Sua tradução para as línguas inglesa e espanhola foi alterada para *Pharmaceutical Services* e *Servicios Farmacéuticos*, respectivamente.

Em 2011, além da definição acima, foi acrescida a versão em português para o descritor ou *Medical Subject Headings* (MeSH) *Pharmaceutical Services*, do sistema da *National Library of Medicine*, e que corresponde a:

Serviços farmacêuticos totais oferecidos por FARMACÊUTICOS qualificados. Além da preparação e distribuição de produtos médicos, podem incluir serviços de consultoria para agências e instituições que não possuem farmacêutico qualificado (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2011, p.1).

Essas mudanças no DeCS podem ter alterado substancialmente a indexação, em especial a por assunto e que, por si, já é uma operação parcialmente subjetiva, feita conforme a interpretação dos indexadores

(sujeitos que realizam a indexação), mesmo tendo por referência os Descritores.

Por outro lado, um descritor ou *thesaurus*, ao reunir e possibilitar a recuperação de documentos e informações de um determinado campo do saber, opera também como instrumento didático, difundindo, pelas relações que estabelece com os conteúdos, uma determinada concepção sobre o termo que emprega. Nesse sentido, considera-se que as alterações no DeCS “assistência farmacêutica” contribuem para a consolidação de uma concepção que associa esse termo aos serviços farmacêuticos.

#### 5.4 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE ACORDO COM A TEMÁTICA

Os artigos selecionados, apesar de indexados com o descritor “assistência farmacêutica”, apresentam uma diversidade de temas, sendo que alguns tratam de mais de tema. Para possibilitar a descrição e análise dos mesmos, procurou-se agrupá-los de acordo com a identificação de um tema preponderante. Assim, de forma um tanto subjetiva e arbitrária, a definição dos grupos de artigos deu-se por considerar que abordavam:

- os serviços (96 artigos ou 73% do total);
- o direito aos medicamentos e/ou judicialização da área (14 artigos ou 11% do total);
- as políticas públicas para a área (13 artigos ou 10% do total);
- o uso de medicamentos (04 artigos ou 3% do total) e
- a educação farmacêutica (03 artigos ou 2% do total).

Outros dois trabalhos não integraram estes grupos: um trata da propaganda de medicamentos (BARROS, 1983) e outro da representação social do medicamento genérico entre uma população de farmacêuticos (CARVALHO et al., 2005).

##### 5.4.1 Produção relacionada aos serviços

Ainda que alguns dos trabalhos indexados sob o DeCS “assistência farmacêutica” com a temática dos serviços farmacêuticos também pudessem ser igualmente relacionados a outro dos temas, a

expressividade numérica desse grupo pode ter ocorrido em função das modificações na definição do DeCS, nesse sentido, conforme já comentado.

Mesmo tendo como elemento comum a interface com o serviço, em função do tamanho desse grupo e da diversidade encontrada nos trabalhos, estes foram reordenados em subgrupos estabelecidos em função setor ao qual dizem respeito. Assim, (a) 51 referem-se ao SUS (38% do total, ou 53% dos agrupados como serviços), (b) 14 ao setor privado (10% do total, ou 15% do grupo) e (c) 31 (23% do total, ou 32% do grupo) não distinguem ou incluem os dois setores.

Nos subgrupos, a maioria dos trabalhos objetiva descrever, analisar ou avaliar fragmentos do processo de trabalho, em geral, a partir de alguns indicadores. Com frequência, uma vez obtidos os resultados, é feita a prescrição de possíveis soluções para os problemas encontrados. Em alguns casos, as prescrições não necessariamente derivam do que foi observado. São exemplos disso, os trabalhos que concluem indicando a presença do farmacêutico no serviço como solução para as deficiências detectadas, revelando um tipo de produção com viés corporativista.

#### **a) Produção relacionada aos serviços, no âmbito do SUS**

Grande parte dos trabalhos incluídos neste subgrupo objetivou desenvolver avaliações, mesmo que não tenha sido emitido juízo de valor sobre os resultados encontrados ou tenham se limitado à descrição dos serviços. Não se observa uniformidade metodológica entre eles, embora, em vários, possa-se reconhecer a utilização de alguns dos indicadores apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) para a avaliação do uso de medicamentos. Esses indicadores se relacionam a:

- Prescrição: número médio de medicamentos por consulta; percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico; percentual de prescrições/consultas que demandam antibióticos,

injetáveis; e medicamentos incluídos nas relações padronizadas pelo serviço<sup>21</sup>;

- Assistência ao paciente: tempo médio de consulta; tempo médio de dispensação; percentual de medicamentos dispensados; e percentual de pacientes que conhecem a dose certa; e
- Serviço: disponibilidade de medicamentos-chave; e disponibilidade (e visibilidade) de cópias da lista de medicamentos padronizados.

Também relacionados à avaliação, outros trabalhos partem da tríade de avaliação proposta por Donabedian (1986), estrutura-processo-resultado, muito embora, em geral, somente empreguem elementos dos dois primeiros itens.

Essa produção em avaliação, em sua maior parte restrita a descrições sobre aspectos estruturais dos serviços relacionados à aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, pautada por parâmetros normativos, aporta contribuições para um autodiagnóstico e posterior monitoramento no que diz respeito ao grau de adequação das instalações e procedimentos com este fim. Entretanto, pouco contribui para a avaliação dos objetivos expressos no conceito corrente da Assistência Farmacêutica, o acesso e o uso racional de medicamentos.

Além disso, atua epistemologicamente na consolidação de uma determinada concepção de Assistência Farmacêutica. A abordagem, as dimensões e/ou os atributos escolhidos para uma avaliação refletem o que é importante, na perspectiva do avaliador, e reforçam, no avaliado, o que deve ser valorizado. Assim, a abordagem avaliativa da Assistência Farmacêutica restrita a componentes estruturais da logística para a disponibilização de medicamentos reforça um conceito/concepção reducionista da mesma, igualmente restrito aos componentes estruturais, os mais facilmente avaliáveis pela normatização das atividades. Tal concepção se materializa na priorização de práticas que respondam a esses aspectos, em detrimento de outras. Ao se priorizar as atividades logísticas, a Assistência Farmacêutica se caracteriza como uma atividade-meio, como um serviço necessário, mas que não se relaciona

---

<sup>21</sup> Os trabalhos que ficaram circunscritos a somente esse aspecto não foram incluídos no Quadro 2.

diretamente com a atividade ou objetivo principal da instituição (no caso, o Sistema Único de Saúde - SUS). A operacionalização dessa concepção é também insuficiente para atingir os objetivos da Assistência Farmacêutica. Em relação ao uso racional de medicamentos, necessariamente uma atividade-fim, não somente da Assistência Farmacêutica, como também da própria instituição na qual essa se insere, ao não ser contemplado pelas atividades logísticas, deixa em aberto (ou inconcluso) o espaço para a sua realização.

Somente dois trabalhos estão voltados ao desenvolvimento de metodologias de avaliação da assistência farmacêutica (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OSORIO-DE-CASTRO et al., 2009). Também relacionados à avaliação, são os trabalhos de Cosendey et al. (2000) e Ponte et al. (2007). O primeiro fornece subsídios para a organização e/ou estruturação da assistência farmacêutica estadual, por meio da análise de três programas pioneiros. No segundo, é quantificada a redução da utilização de recursos da saúde (inclusive medicamentos) entre pacientes admitidos no Programa para o Controle da Asma e Rinite Alérgica na Bahia.

Apenas muito recentemente (a partir de 2010), foram publicados trabalhos com novas abordagens avaliativas (BARRETO; GUIMARÃES, 2010) e/ou que avaliam outros aspectos que direta (AMARAL; BLATT, 2011; BEVILACQUA; FARIAS; BLATT, 2011) ou indiretamente (RIBEIRO; HEINECK, 2010) revelam a qualidade da gestão dos serviços.

Um número expressivo de trabalhos refere-se à gestão, se sob esse termo forem consideradas as ações implicadas com a organização, a administração e a qualificação dos serviços envolvidos com o acesso aos medicamentos (Quadro 3).

**Quadro 3 – Avaliações ou descrições dos serviços no âmbito do SUS, relacionadas à gestão.**

<b>Referências e comentários</b>
Oliveira et. al. (2002) avaliam o acesso à assistência farmacêutica, prestada aos portadores do HIV/AIDS, em serviços da rede pública de saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, focalizando aspectos relacionados às dimensões: disponibilidade, oportunidade e adequação dos recursos. Concluem que os serviços apresentavam níveis aceitáveis em relação ao grau de implantação do programa.
Naves e Silver (2005) avaliam aspectos da assistência farmacêutica na atenção primária, em centros de saúde do DF, com base nos indicadores da OMC, concluindo que havia baixo nível de compreensão dos pacientes sobre seus tratamentos e dificuldade de acesso.
De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) avaliam, com base em indicadores do OMC, a Assistência Farmacêutica na atenção básica, em municípios do Rio Grande do Sul, a qual, segundo os autores, deveria receber maiores investimentos.
Portela e Lotrowska (2006), avaliando a assistência a uma população com Aids, concluem pelo bom desempenho da política de distribuição de antirretrovirais e deficiências quanto ao tratamento das doenças oportunistas.
Araújo e Freitas (2006) analisam diferentes aspectos da assistência farmacêutica, particularmente aqueles relacionados à estrutura dos serviços, em farmácias da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto.
Vieira, Lorandi e Bousquat (2008), em avaliação dos serviços na rede básica de saúde em um município, relatam inadequações em praticamente todas as etapas - seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação - da assistência farmacêutica.
Canabarro e Hahn (2009) descrevem características da estrutura e dos recursos humanos envolvidos no fornecimento de medicamentos em unidades de saúde e comentam problemas, principalmente no que diz respeito à dispensação.
Menolli, Ivama e Cordoni Jr. (2009) avaliam os serviços farmacêuticos na atenção primária em um município, utilizando os indicadores da OMS, diagnosticando problemas como a ausência de farmacêuticos e prescrições de medicamentos não selecionados e nível médio de conhecimento.
Emmerick, Luiza e Pepe (2009), analisando os resultados do Diagnóstico da Situação Farmacêutica no Brasil, encontram diferentes níveis de capacidade de gerenciamento e organização dos serviços farmacêuticos. O trabalho também apresenta uma análise das prescrições oriundas da região em estudo.
Siqueira e Gaudard (2009), utilizando indicadores de acesso, concluem que a falta de medicamentos era um problema crônico nos serviços de farmácia em atenção básica na SES-DF.
Macêdo et. al. (2009) realizam ampla avaliação em hospitais da Região Nordeste, concluindo que grande parte dos serviços estava apenas parcialmente implantada. Em 50% dos locais, observam medicamentos expostos à luz solar e caixas em contato com o chão e a parede.
Gonçalves, Caixeta e Reis (2009) identificam falta de formulações farmacêuticas de antimicrobianos adequadas para a utilização nas diversas faixas etárias pediátricas, em dois hospitais.
Moura e Perini (2009) avaliam a assistência farmacêutica no estado de Minas

<p>Gerais em relação aos itens: organização, financiamento, seleção, aquisição, programação, distribuição, disponibilidade e armazenamento de medicamentos, tendo concluído pelo bom desempenho quanto à organização do serviço, presença e atualização da Relação Municipal de Medicamentos. Os principais problemas são em relação ao controle de estoque e disponibilidade de alguns itens.</p>
<p>Barreto e Guimarães (2010) avaliam a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica em municípios da Bahia, concluindo pela necessidade de melhorar tanto a estrutura, quanto os procedimentos junto aos usuários.</p>
<p>Paniz et. al. (2010) avaliam o acesso aos medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes, concluindo pela sua insuficiência e necessidade de maior articulação entre os programas e da definição das responsabilidades governamentais.</p>
<p>Ribeiro e Heineck (2010), examinando o estoque domiciliar de medicamentos em uma comunidade acompanhada pelo Programa Saúde da Família, concluem pela necessidade de orientação dos usuários em relação à utilização e ao armazenamento dos medicamentos, bem como da sistematização dos registros de dados para a adoção de decisões vinculadas ao processo de planejamento e execução das ações na Assistência Farmacêutica.</p>
<p>Amaral e Blatt (2011) observam que a aquisição de medicamentos via consórcio diminuiu o desabastecimento e apresentou economia, possibilitando aquisição de maior quantidade de produtos com a mesma disponibilidade de recursos, em um município de SC.</p>
<p>Bevilacqua, Farias e Blatt (2011), analisando o impacto financeiro da aquisição de medicamentos com a exigência da apresentação de testes de biodisponibilidade e/ou bioequivalência para o componente da Assistência Farmacêutica Básica, concluem que essa exigência elevou em mais de 100% os custos.</p>
<p>Veber et. al. (2011) analisam 201 Planos Municipais de Assistência Farmacêutica de municípios de SC, observando disparidade entre os municípios, em função do porte desses.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Um número considerável de trabalhos é desenvolvido sobre a análise de prescrições (MOTA; GADELHA; ALBUQUERQUE, 1999; FEGADOLLI et al., 1999; COLOMBO et al., 2004; SILVA et al., 2006; FARIAS et al., 2007; CRUCIOL-SOUZA; THOMSON; CATISTI, 2008; KAUFFMANN et al., 2009; DAL PIZZOL et al., 2010). A contribuição destes trabalhos para a reflexão sobre assistência farmacêutica é pequena, tendo em vista que se limitam a aspectos técnicos e legais da receita, e/ou sobre a potencialidade de interações medicamentosas.

Os trabalhos de Lima e colaboradores (1995), Luiza, Castro e Nunes (1999), Silocchi (2006) e Tofani, Carpintéro e Bruno (2009) são relatos de casos, geralmente sobre uma das etapas do ciclo da assistência farmacêutica. A descrição de um serviço de farmacovigilância

(COÊLHO; ARRAIS; GOMES, 1999) e a avaliação das notificações de reações adversas a medicamentos, em outro serviço de farmacovigilância (VEIGA; JACOBY; HEINECK, 2004), também integram esse subgrupo. Como relatos de casos, aportam contribuições ao descrever como estão estruturados alguns serviços. Mas, como não aprofundam a reflexão sobre os processos de trabalho ou a inter-relação desses serviços com o sistema de saúde em geral, também contribuem pouco para a perspectiva conceitual da assistência farmacêutica.

Os trabalhos que adotam uma abordagem analítica qualitativa trazem contribuições, na medida em que agregam conhecimentos sobre aspectos subjetivos do processo de trabalho que envolve o uso de medicamentos, aspectos estes em geral pouco conhecidos na prática farmacêutica. É o caso dos trabalhos de Yokaichiya e colaboradores (2006) e Yokaichiya, Figueiredo e Schraiber (2007), que buscam conhecer as percepções das equipes de farmácia que atuam na dispensação de medicamentos às pessoas vivendo com HIV/Aids, quanto as suas possibilidades de oferecer assistência humanizada e sobre o seu papel na adesão aos antirretrovirais entre usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV/Aids, respectivamente. Em uma linha próxima a esses trabalhos, Osorio-de-Castro e colaboradores (2011) avaliam os conhecimentos, as práticas, as percepções e as atitudes de profissionais envolvidos na assistência farmacêutica à malária, frente ao protocolo oficial, relacionando esses resultados a possíveis falhas na terapêutica. Gouveia e colaboradores (2011) concluem que o tempo de espera até o atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram os fatores que geraram os menores percentuais de satisfação dos usuário do sistema de saúde pernambucano.

A relação entre serviços, acompanhamento farmacoterapêutico e adesão aos tratamentos foi o tema dos trabalhos de Balestre e colaboradores (2007), Foppa e colaboradores (2008), Bezerra; Silva e Carvalho (2009), Brito; Menezes e Lyra Júnior (2009), Souza e colaboradores (2009), Provin e colaboradores (2010) e Souza e colaboradores 2010. Ao associar assistência farmacêutica com elementos que demonstram a articulação (ou a sua falta) entre serviço e resultado, procuram demonstrar a complexidade do processo que envolve dispensação, acompanhamento e uso de medicamentos.

Apenas dois trabalhos são orientados pela reflexão teórica sobre assistência farmacêutica (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005; ARAÚJO et al., 2008). Em sua abordagem, o processo da assistência farmacêutica refere-se a uma tecnologia do uso do medicamento, no qual o conhecimento clínico, as habilidades comunicativas e as condições



físicas do ambiente precisam ser considerados e aprimorados. Não chegam a propor um modelo ou análise do processo de trabalho e tampouco contribuem para uma melhor conceituação de assistência farmacêutica.

### **b) Produção relacionada aos serviços, no âmbito do setor privado**

Nesse o grupo, os artigos se caracterizam por abordar elementos isolados de uma prática ou serviço, sendo que 50% dos trabalhos são os mais antigos da revisão, datando da década de 1980. Em geral, descrevem a indicação de medicamentos em farmácia (por farmacêuticos ou atendentes) em situações simuladas, apontando problemas nessa conduta (NOSÉ; FREITAS; MUÑOZ, 1985; MATOS et al., 1985; CAMPOS et al., 1985; SOIBELMAN et al., 1986; MELO et al., 1986; CARLINI; MASUR, 1986). Em uma linha semelhante, CUNHA (1983) descreve características das farmácias e drogarias e do pessoal envolvido no atendimento ao público. Carneiro et al. (2008), avaliando a dispensação e o consumo de anorexígenos, na cidade de Belo Horizonte, observam o uso indiscriminado e irracional desses produtos, concluindo pela necessidade de se aprimorar a regulação do mercado de produtos manipulados, bem como a compreensão dos profissionais envolvidos em relação a seu papel no uso racional de medicamentos.

Godim e Falcão (2007) avaliam a validade das informações divulgadas por sites de farmácias virtuais brasileiras, verificando que 15 não possuíam autorização de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 17 não tinham o nome do farmacêutico responsável pelo funcionamento; 17 comercializavam medicamentos sem registro, especialmente fitoterápicos, não dispunham de informações sobre reações adversas a medicamentos e nem exibiam alertas e recomendações sanitárias determinadas por essa Agência.

França et al. (2008) utilizam indicadores de estrutura e processo para avaliar farmácias comunitárias de Santa Catarina. Também investigam as atitudes e percepções dos farmacêuticos referentes à atenção farmacêutica e satisfação profissional.

Oliveira e colaboradores (2005) descrevem as dificuldades para a implementação da atenção farmacêutica em farmácia privadas, enquanto que Mastroianni e colaboradores (2009) buscam conhecer o perfil demográfico dos pacientes internados por possíveis reações adversas a

medicamentos, bem como identificar os medicamentos e as queixas mais frequentemente relacionadas, estimando a incidência de admissão hospitalar pelo uso de medicamentos.

Lima; Negri (2009) investigam a compatibilidade dos medicamentos sólidos orais padronizados em um hospital para os casos em que sua administração requer o uso de sonda enteral. Suas conclusões relacionam os processos administrativos da farmácia a problemas farmacocinéticos, risco de dano ao trato gastrointestinal, dificuldades para a administração (obstrução da sonda), riscos de interação droga-nutriente e riscos biológicos.

A abordagem adotada nesses trabalhos, focalizando elementos isolados de uma prática ou serviço, sob a perspectiva técnico-normativa, em grande parte sem referência a assistência farmacêutica, não promove a reflexão conceitual desse termo. No máximo, a sua diversidade poderia ilustrar a pouca especificidade do mesmo.

### **c) Produção relacionada aos serviços independentemente do setor (público ou privado) em que ocorrem**

A prática relacionada à atenção farmacêutica é tratada por Andrade, Silva e Freitas (2004). Santos e colaboradores (2006) relatam uma experiência de seguimento farmacoterapêutico em pacientes ambulatoriais portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidade hospitalar. Castro et al. (2006) descrevem um ensaio clínico randomizado, por meio do qual foram obtidas indicações de melhora em pacientes hipertensos acompanhados por seguimento farmacoterapêutico, em comparação à simulação de intervenção. Angonesi e Sevalho (2010) descrevem como ocorreu o desenvolvimento teórico da atenção farmacêutica. Santos et al. (2010) descrevem um pequeno aumento na aderência ao tratamento em pacientes com asma, acompanhados pelo serviço de atenção farmacêutica. Silva, Hetzel e Silva (1998) não se referem exatamente à atenção farmacêutica, mas comentam a importância do acompanhamento de pacientes com asma, para o controle dessa doença.

Também foram reunidos nesse subgrupo, os trabalhos destinados à sistematização do conhecimento, especificamente sobre: atenção farmacêutica (OSHIRO; CASTRO, 2006); comunicação com o paciente (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2008); prevenção de erros de medicação (OLIBONI; CAMARGO, 2009); e farmácia hospitalar (MAGARINOS-TORRES; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2007).

O papel do farmacêutico como profissional de saúde é o tema de reflexão apresentado por Vieira (2007), Rozenfeld (2008) e Osório-de-Castro (2008). Sobre isso, Leite (2007) levanta questionamentos a respeito de qual tipo de prática é relevante à promoção da saúde.

Em outros trabalhos, são apresentadas reflexões sobre as vantagens que os estudos de utilização dos medicamentos conferem aos serviços (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006); a importância da orientação farmacêutica com relação às doenças sexualmente transmissíveis (NAVES; MERCHAN-HAMANN; SILVER, 2005); e o uso racional de medicamentos sob a perspectiva da economia (MOTA et al.; 2008).

O conhecimento sobre aspectos legais da prática farmacêutica é investigado por Silva e Vieira (2004) que concluem haver deficiências nesse sentido. Andrade; Andrade e Santos (2004) verificam o não cumprimento da legislação para prescrição de psicotrópicos em praticamente 100% da amostra e, em relação à dispensação, em torno de 85% das farmácias analisadas. Em prescrições hospitalares, Sebastião (2002) relata omissões relativas a aspectos legais (identificação do paciente, do prescritor, detalhamento do tratamento, etc.) em cerca de 70% dos casos.

Sobre outros aspectos da prática profissional relacionada aos medicamentos e interação com o paciente, Ajalla e Castro (2003) observam um elevado percentual de indicações medicamentosas realizados em farmácias, em resposta a queixas referentes a doenças sexualmente transmissíveis, e consideram que o acesso a informações pode modificar a conduta dos farmacêuticos, bem como as orientações fornecidas. Penaforte, Forste e Simões (2007), avaliando as práticas dos farmacêuticos em uma unidade hospitalar, concluem que elas ainda se encontram centralizadas no medicamento, sendo dada pouca ênfase às atividades clínicas. Arrais, Barreto e Coelho (2007), investigando aspectos da relação médico-paciente e dispensador-paciente, a partir das falas dos pacientes, concluem pela baixa qualidade no atendimento médico e farmacêutico e a apatia do paciente no processo. Rocha et al. (2008) concluem pela necessidade de implementação de programas educacionais direcionados aos idosos para melhorar a adesão à prescrição médica. Mota et al. (2010) observam divergências entre o que a literatura preconiza e o conhecimento de enfermeiros sobre a administração correta de medicamentos.

Em estudos de utilização de medicamentos, Osório-de-Castro, Peixoto e Castilho (2002) observam aumento no consumo total e diminuição da diversidade de anti-infecciosos, em instituição hospitalar.

Osorio-de-Castro e colaboradores (2004) relatam um perfil de utilização de medicamentos entre gestantes correspondente ao descrito na literatura.

Cano e Rozenfeld (2009) avaliam a frequência de eventos adversos a medicamentos entre paciente internados em hospitais, tendo encontrado resultados que variam entre 1,6% e 41,4% e taxas de 1,7 a 51,8 eventos/100 internações. Os autores chamam a atenção para o fato de que boa parte dos eventos poderia ter sido evitada.

Magedanz e colaboradores (2009) observam a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas em 54% das prescrições avaliadas.

Por fim, Cunha e colaboradores (1995) descrevem um exemplo de sistema de dispensação hospitalar e Correr e colaboradores (2009) apresentam a tradução e validação para o português do *Pharmacy Services Questionnaire*.

Os trabalhos reunidos nesse subgrupo tratam de uma diversidade de assuntos ainda maior do que nos subgrupos anteriores, embora se possa observar, de maneira geral, maior relação com serviços clínicos e o uso de medicamentos.

#### **5.4.2 Produção relacionada ao direito social**

Sob esse tema, o assunto recorrente é o da judicialização da saúde, mais especificamente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos pelo Estado, como resultado de determinações judiciais. Em relação ao período de publicação, todos são posteriores ao ano de 2005, em correspondência com a atualidade da massificação desse fenômeno nos anos recentes. Compõem esse grupo 14 artigos (11% do total).

Dentre as questões específicas, há a descrição e discussão de como o fenômeno vem ocorrendo nos estados do Rio de Janeiro (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; VENTURA et al., 2010); São Paulo (MARQUES; DALLARI, 2007; CHIEFFI; BARATA, 2009; LOPES et al., 2010); Santa Catarina (LEITE; MAFRA, 2010); e Minas Gerais (MACHADO et al., 2011); bem como nos Municípios de São Paulo (VIEIRA; ZUCCHI, 2007); e Florianópolis (LEITE et al., 2009).

Os autores, em sua maioria provenientes de instâncias da gestão governamental e instituições de ensino e pesquisa, tendem a ver na judicialização prejuízos à organização dos serviços, como PEPE et al.,

(2010). Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005) observam a simultaneidade com que ocorreram o início das estruturações da Assistência Farmacêutica no SUS e a explosão do fenômeno da judicialização. A desinformação da população e desconhecimento da defensoria pública e/ou do judiciário sobre a organização do SUS estariam ligados ao surgimento do fenômeno, hipótese também defendida por Marques e Dallari (2007). A inobservância da forma como se estrutura a Assistência Farmacêutica, bem como das diretrizes e do princípio de equidade do SUS são considerados elementos que propiciam as demandas judiciais, para Vieira e Zucchi (2007) e Chieffi e Barata (2009), privilegiando indivíduos com melhor poder aquisitivo e com acesso à informação (LEITE et al., 2009). Já para Guedes (2007), Promotor de Justiça, que defende o direito irrestrito de acesso aos medicamentos, os critérios estabelecidos pelas esferas de gestão para o fornecimento de medicamentos são “requisitos burocráticos” que não podem barrar esse direito. Para esse autor, as prescrições terapêuticas são inquestionáveis e não intercambiáveis.

Outro fator implicado nesse fenômeno seria o descompasso entre a formação acadêmica e as possibilidades dos serviços governamentais. Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005), em trabalho sobre o estado do Rio de Janeiro, observam que mais de um terço dos autores das ações (prescritores) eram oriundos de hospitais universitários, gerando, conforme os autores, “surtos” de determinadas condições patológicas.

Leite e Maфра (2010) buscam compreender as percepções dos usuários sobre esta forma de acesso aos medicamentos. Em todos os casos, observam não haver consciência do direito social. Concluem que a forma de condução dos processos não é empoderante, mas, ao contrário, reforça as relações de dependência e a percepção de impotência do usuário.

Outros autores defendem que uma maior qualificação técnica dos prescritores, com base na literatura científica, aprimoraria os serviços, com conseqüente redução das demandas judiciais (LOPES et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2010).

Ventura et al. (2010) e Machado et al. (2011), paralelamente às considerações sobre os transtornos aos serviços, também reconhecem na via judicial um instrumento legítimo dos cidadãos para o aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Dallari, 2010 considera que a atuação dos órgãos técnicos responsáveis pela execução das políticas sociais deva ser submetida ao controle democrático, dentro do qual está incluído o Poder Judiciário. Salienta, porém, a necessidade de que esse conheça as políticas públicas

relacionadas ao tema, certificando-se de que elas foram elaboradas segundo o processo previsto constitucionalmente e que resultem da participação efetiva da comunidade, tanto em sua formulação, quanto no controle de sua implementação.

Sant'ana et al., (2011) tecem considerações sobre essencialidade, alocação de recursos e a judicialização.

Nesse grupo, implícita ou explicitamente, assistência farmacêutica é associada ao acesso aos medicamentos (como em GUEDES, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007 e CHIEFFI; BARATA, 2009) ou aos serviços e ações da esfera governamental implicados no fornecimento de medicamentos (como em MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005).

#### **5.4.3 Produção relacionada às políticas públicas**

Nos trabalhos deste grupo (13 trabalhos, 10% do total), assistência farmacêutica está associada às políticas públicas voltadas ao acesso aos medicamentos, tanto no que diz respeito ao processo e institucionalização de políticas e serviços específicos (07 artigos), quanto ao que se refere à intervenção estatal sobre a produção de medicamentos (06 artigos).

Oliveira, Santos e Mello (2001), analisando o processo de estabelecimento das políticas públicas brasileiras em relação ao tratamento das pessoas com HIV e AIDS, fazem uma interessante reflexão de como a sociedade civil organizada influenciou a construção da racionalidade científica de ensaios clínicos. Misoczky, Porto e Barros (2003) descrevem a 1ª. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, emitindo sua opinião sobre o evento. Vieira (2009) descreve o aumento dos gastos com medicamentos do Ministério da Saúde, entre os anos de 2002 a 2007, concluindo que houve acréscimo de 75% em relação aos medicamentos da atenção básica, de 124% com os medicamentos dos programas estratégicos (dentro dos quais se encontram os antirretrovirais) e de 252% com os medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Kornis, Braga e Zaire (2008) e Portela et al. (2010) fazem um retrospecto histórico sobre o estabelecimento das políticas voltadas ao acesso aos medicamentos no Brasil. Os primeiros discutem a insuficiente articulação entre as políticas do setor no sentido de promover a consolidação de uma nova cultura de medicamentos no país. Oliveira, Assis e Barboni (2010) fazem uma reflexão sobre os avanços no arcabouço jurídico e institucional ocorrido

no Brasil em relação ao acesso aos medicamentos, mas concluem que ainda é comum ocorrer baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais; dispensação por trabalhadores sem qualificação; condições inadequadas de armazenamento que comprometem a qualidade dos medicamentos; prescrição de medicamentos que não pertencem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; e problemas relacionados ao acesso dos usuários à farmacoterapia. Por fim, Vieira (2010) descreve como se organiza atualmente a Assistência Farmacêutica no Brasil.

Também se vinculam a esse subgrupo alguns trabalhos que, para a discussão sobre as políticas voltadas ao acesso aos medicamentos, partem de avaliações dos serviços, tendo, por isso, sido apresentados no subgrupo analisado como “serviços no âmbito do SUS”. São os trabalhos de Cosendey et al. (2000), Oliveira et al. (2002) e Portela e Lotrowska (2006).

Em outro subgrupo, encontram-se os trabalhos que tratam de modalidades da intervenção estatal sobre aspectos relacionados aos medicamentos, tais como regulação (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999); a formação da indústria farmacêutica nacional (RIBEIRO, 2001); e o papel da produção pública de medicamentos no Brasil (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ 2006). Também foram incluídos nesse subgrupo os trabalhos que tratam do setor produtivo farmacêutico, analisando a coerência entre produção de medicamentos e necessidades do sistema (GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003); propondo uma definição de medicamentos prioritários para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil (PONTES JUNIOR et al., 2008); ou discutindo as segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

#### **5.4.4 Uso de medicamentos**

Foram encontrados 04 trabalhos (3% do total) agrupados sob o tema “uso de medicamentos”: Sebastião (1998) tece comentários sobre determinantes do consumo; Osorio-de-Castro, Paumgarten e Silver (2004) fazem uma sistematização do conhecimento sobre farmacoepidemiologia; Menezes et al. (2009) tratam dos efeitos adversos de alendronato de sódio e Bagatini et al. (2011) descrevem a polifarmácia entre pacientes portadores de artrite crônica.

A especificidade dos assuntos abordados nestes trabalhos amplia ainda mais o escopo do termo “assistência farmacêutica”.

#### 5.4.5 Publicações sobre o ensino farmacêutico

Somente três dos trabalhos selecionados (2% do total) tratam do ensino farmacêutico. Chaud, Gremião e Freitas (2004), tendo em vista as novas diretrizes curriculares, alertam para a necessidade de não se incorrer no mesmo erro do passado, por ocasião de outras reformas curriculares, em que a área privativa do farmacêutico foi menos valorizada do que áreas comuns a outros profissionais. Os outros dois (SATURNINO et al., 2009; SATURNINO et al., 2011) apresentam aparentemente o relato de um mesmo caso, no qual estudantes do Curso de Farmácia, após a disciplina de Internato Rural, demonstraram maior familiaridade com os termos “acesso”, “direito universal” e “promoção da saúde”.

Contrasta o elevado número de trabalhos sobre serviços farmacêuticos contra apenas três sobre ensino. Mesmo ampliando a busca pelo emprego do termo “ensino farmacêutico” na base LILACS, e utilizando os mesmos critérios de seleção (artigo científico sobre a realidade brasileira), além dos três encontrados com o descritor “assistência farmacêutica”, já mencionados, somente outros nove foram encontrados, sendo que desses, cinco tratam realmente de questões relacionadas ao ensino farmacêutico. Oga, Kose e Lopes (1987) demonstram o baixo conhecimento sobre o currículo farmacêutico entre os professores do ciclo básico do Curso de Farmácia da Universidade de São Paulo. Valladão et al. (1986) discutem a questão do ensino e da profissão farmacêutica no Brasil, a partir de uma perspectiva histórica, relacionando as mudanças com o processo de industrialização brasileira, em especial, do setor farmacêutico. Correa e Leite (2008) tratam do ensino de homeopatia nas faculdades de farmácia do estado do Rio de Janeiro, discutindo os aspectos legais da questão e as percepções dos professores a respeito. Galato et al. (2011) relatam a realização de simulação de atendimento farmacêutico como instrumento de ensino. Silva, Miguel e Teixeira (2011) fazem uma reflexão sobre a implantação de metodologia ativa de ensino-aprendizagem da problematização, em cenários de prática da graduação em Farmácia, concluindo que há uma inadequada capacitação dos docentes, embora o modelo de educação esteja em consonância com o objetivo proposto de formar profissionais mais críticos, reflexivos, capazes de trabalhar em equipe e de aprender juntos.



Os demais não tratam do ensino farmacêutico propriamente dito; são trabalhos desenvolvidos em ambientes vinculados à formação. Cancelier et al. (2006) investigam a ocorrência de automedicação em quadros de rinite aguda em crianças cujos responsáveis eram usuários de um ambulatório escola. Bárta e Oliveira (2010) também investigam a incidência de automedicação entre funcionários portadores de enxaqueca de uma Instituição de Ensino Superior. Pereira e Freitas (2008), a partir de uma revisão bibliográfica, comparam o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica no Brasil e em outros países. Romeu, Paiva e Fe (2009) relatam um estudo sobre o perfil farmacoepidemiológico das gestantes portadoras do vírus HIV, as ações de prevenção da transmissão vertical, além da avaliação do serviço segundo o nível de satisfação das pacientes.

Os serviços farmacêuticos tratados na maioria dos trabalhos são relativamente recentes para a categoria profissional exigindo, portanto, uma nova formação. Por isso, era esperada uma produção maior sobre o ensino farmacêutico, bem como sua associação ao termo “assistência farmacêutica”, sob o qual estão sendo promovidas as reformulações dos serviços e curriculares.

## 5.5 CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tendo por referência os artigos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS, no período de 1980 a maio de 2011, sob o descritor “assistência farmacêutica”, conclui-se que a produção a respeito é recente e abriga um elenco variado de temas.

Considerando que desde a década de 1970 esse termo vem sendo utilizado de forma sistemática para se referir minimamente à distribuição governamental de medicamentos e que uma atividade intrínseca à universidade é a produção e disseminação do conhecimento, a pequena produção, até início do século XXI, indica um baixo interesse acadêmico a respeito. Isso é reforçado pela inexpressiva produção teórica, tanto numericamente, quanto em relação ao seu conteúdo. Além disso, apesar do crescimento numérico das publicações nos últimos anos, esse campo ainda tem pouca influência na produção total da área da Farmácia, tendo em vista que a sua veiculação é feita em periódicos de pouco impacto na área.

Por outro lado, a diversidade de temas incluídos sob esse descritor sugere a sua fraca definição conceitual, o que é reforçado pelas

recentes e frequentes alterações no DeCS. Em parte, essa diversidade também pode ser atribuída a dificuldades dos indexadores na interpretação do descritor, já que foi observado um percentual significativo de artigos que sequer citam o termo “assistência farmacêutica”, demonstrando que seus próprios autores não relacionam estes trabalhos à área.

Por sua vez, a expressividade numérica de trabalhos com interface nos serviços relativos à disponibilização/uso de medicamentos, em anos recentes, sugere que esteja sendo construída uma identidade entre esses e assistência farmacêutica. Entretanto, a diversidade dentro do grupo indica a pouca especificidade do termo que assim abriga várias modalidades da prática farmacêutica.

Ainda no grupo de publicações relacionadas aos serviços, o predomínio de descrições, análises e avaliações de fragmentos do processo de trabalho contrasta com a pequena reflexão sobre o processo de trabalho em si. Cabe lembrar uma vez mais a função epistemológica que as avaliações têm, uma vez que, ao estabelecerem os aspectos que serão avaliados, passam a valorizá-los sobre os demais, construindo ou consolidando determinados conceitos, ainda que de forma não explícita. Nesse sentido, os aspectos mais frequentes ainda são as tarefas logísticas envolvidas com a disponibilização de medicamentos, especialmente aquelas cuja normatização já existe. Também cabe observar que as contribuições desse tipo de trabalho acadêmico podem ocorrer em descompasso com as necessidades do serviço que, em geral, apresenta uma dinâmica maior do que a da universidade. Também chama a atenção o pequeno número de trabalhos voltados ao desenvolvimento de metodologias para avaliação dos serviços, em especial daquelas que poderiam servir ao próprio serviço como instrumento para a sua qualificação e tomada de decisões.

O recente e polêmico fenômeno da judicialização na saúde repercutiu sobre a produção em assistência farmacêutica e na inserção de pesquisadores da área do direito em temas relacionados ao acesso aos medicamentos. O sentido mais comum conferido ao termo “assistência farmacêutica”, nesses trabalhos, é a disponibilização de medicamentos, embora já existam aqueles que incluem também os serviços necessários para garantir a qualidade do produto e o seu uso adequado.

Nos trabalhos sobre políticas públicas e assistência farmacêutica observam-se duas abordagens para esse termo. A primeira está relacionada à legislação e regulamentação dos mecanismos dirigidos ao acesso aos medicamentos. A segunda relaciona-se às políticas para o desenvolvimento e a produção de medicamentos no país.

É baixo o número de trabalhos sobre o ensino farmacêutico, particularmente se for considerado que está em curso uma reformulação nacional nos currículos dos cursos de farmácia e que a demanda do SUS por esses profissionais exige transformações profundas na tradicional formação acadêmica dos farmacêuticos.

Concluindo, a diversidade de temas abrangidos sob o termo “assistência farmacêutica”, na amostra selecionada, reafirma o pressuposto inicial, sobre o seu caráter polissêmico. Ao mesmo tempo, a “pulverização” dos trabalhos nos vários temas indica que não houve, até o momento, a consolidação de uma concepção bem delimitada do termo. Assim, ao mesmo tempo em que possibilita a inclusão de diferentes aspectos das questões relativas ao acesso aos medicamentos e à prática farmacêutica, torna-se vago e ainda carece de precisão enquanto conceito.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A utilização de um mesmo termo não traduz uma constância ou unanimidade em relação aos sentidos para os quais é empregado. Em relação ao termo “assistência farmacêutica” observou-se a coexistência de, pelo menos, dois sentidos, correspondendo a dois fenômenos distintos:

- 1) Prática farmacêutica e
- 2) Produto de políticas sociais.

A não explicitação dos sentidos conferidos ao termo dificulta a demarcação de um campo para a assistência farmacêutica. Em alguma medida, os dois sentidos coexistem atualmente, além de que, dentro de cada um, ainda podem ser encontradas peculiaridades, as quais remetem a distintos processos de trabalho (dentro do primeiro sentido) e distintas condições de cidadania (no segundo sentido). Em função disso, diferentes modelos conceituais podem ser construídos, os quais, por sua vez, incidirão sobre diferentes práticas ou políticas.

Associar esse termo unicamente a um produto (o medicamento) não é o mesmo que associá-lo a uma prática profissional. Empregá-lo para designar, de forma inespecífica ou muito abrangente, uma área do conhecimento ou uma prática genérica, faz com que seja perdida a especificidade que deveria ser conferida pela adjetivação de “assistência”.

O século XX foi marcado por transformações tecnológicas gigantescas, que afetaram e afetam o mundo como um todo, em seus aspectos científico, social, econômico, político e cultural. Evidentemente e em consequência disso, indivíduos e coletividades também tiveram e têm as suas existências modificadas. A abrangência e a generalidade desse fato, entretanto, não invalidam a compreensão das particularidades de como isso ocorreu e ocorre.

No que concerne à profissão farmacêutica, conhecer o impacto dessas transformações possibilita o entendimento das novas feições assumidas por essa profissão e de seu reposicionamento quanto ao reconhecimento social. Em um contexto anterior à regulamentação das profissões, a prática farmacêutica respondia a uma parte importante das necessidades em saúde das comunidades, ainda maior quando da ausência de médicos ou outros recursos. O reconhecimento derivava em grande parte do cuidado prestado, podendo esse ser mediado pelo preparo e venda do medicamento. Deve-se a essa característica de sua prática, a associação ao termo assistência farmacêutica.

Com o surgimento dos medicamentos industrializados, o farmacêutico não perdeu somente o seu papel de produtor de medicamentos; perdeu também o seu papel no cuidado em saúde. As disputas entre grupos profissionais e as suas alianças políticas (ou a falta delas) também contribuíram para isso. Assistência farmacêutica e prática farmacêutica já não tinham relação. Adicionalmente, com a pressão da indústria, o medicamento preencheu o significado desse termo, enquanto o farmacêutico buscava, no mercado, alternativas para a sua continuidade profissional. Nesse sentido, compreende-se também como, no estabelecimento das políticas de proteção social, a assistência farmacêutica tenha sido limitada ao medicamento.

Algumas conclusões pragmáticas sobre esse processo tanto podem ser pertinentes ao nosso presente, quanto ainda poderiam iluminar as atuais discussões sobre o ensino e a prática farmacêutica. A execução primorosa de qualquer trabalho, sempre desejável, não é suficiente para garanti-lo. O contexto no qual ele está inserido pode ter maior peso na determinação de seu destino. O trabalho humano com características eminentemente técnicas tem sido substituído pelo desenvolvimento tecnológico; o cuidado com o ser humano, realizado por outro ser humano, não. Ater-se às demandas do mercado significa submeter-se a suas inconstâncias.

Com outro sentido, mais frequente nos dias de hoje, a assistência farmacêutica tem sido fortemente caracterizada como produto de políticas sociais, podendo incluir tanto as primeiras políticas de proteção social, quanto as atuais. Sob uma perspectiva historicista linear e progressista, as diferentes formas de materialização da assistência farmacêutica teriam ocorrido pelo acréscimo de novos elementos, os quais contribuiriam para o seu aprimoramento crescente e constante. Diferentemente, sob a lógica dialética, as diferentes fases desse processo são vistas como o resultado transitório de disputas entre distintas propostas de sociedade que, como produto, se concretiza nas mediações Estado-sociedade. Sob esta abordagem, as diferentes formas de materialização da assistência farmacêutica podem ser identificadas com diferentes modalidades de cidadania, conforme a tipologia apresentada por Fleury (1997). Políticas que se materializam na oferta de “cestas mínimas” de medicamentos aos mais carentes correspondem à modalidade de cidadania invertida, caracterizada pela discriminação dos beneficiados como aqueles que não tiveram a capacidade de resolver, via mercado, suas necessidades. O acesso aos medicamentos visto como benefício atrelado à condição de trabalho do indivíduo caracteriza a modalidade de cidadania regulada. As políticas sociais de caráter

redistributivo e universal, como o estabelecimento de mecanismos para o acesso aos medicamentos por quem deles necessitar, caracterizam a modalidade de cidadania universal.

A compreensão relacional do Estado possibilita ver, na dinâmica das relações que se estabelecem entre Estado e sociedade e na relativa permeabilidade dessas instituições, um espaço significativo para a vinculação de práticas de participação política às práticas sociais. No que diz respeito à assistência farmacêutica e sob a perspectiva da emancipação social<sup>22</sup>, conforme apresentada por Santos (2003), as práticas sociais a serem politizadas podem ser identificadas não somente como aquelas relativas à ética e ao direito, mas também as de cunho técnico-científico. O primeiro grupo, relacionado ao direito de acesso aos medicamentos como parte da cidadania, apresenta maior interface com o Estado. O segundo grupo está mais diretamente relacionado ao desenvolvimento e produção de medicamentos e, portanto, apresenta grande interface com o mercado. Mesmo assim, em ambos deveria imperar a lógica das necessidades em saúde, tendo como maior beneficiado o conjunto da população representado pela sociedade.

O esforço teórico de conceituação da assistência farmacêutica, desenvolvido entre as décadas de 1980 a 2000, contribuiu para a estruturação inicial dos serviços relacionados aos medicamentos no SUS. Em seu desenrolar, até o conceito apresentado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 2004, foi possível dar visibilidade a uma série de ações necessárias à materialização do acesso aos medicamentos na rede de serviços do SUS. Entretanto, a ênfase nos aspectos logísticos relativos à disponibilização de medicamentos, necessária em um primeiro momento, tendeu a restringir a discussão à descrição técnica das partes de modelo proposto pelo “ciclo da assistência farmacêutica”.

A polissemia do termo “assistência farmacêutica”, verificada inicialmente em seu uso coloquial, foi também observada na análise dos artigos indexados com esse descritor nas bases LILACS e SciELO, até 2011. Tomando esse material como uma amostra da produção de conhecimento sobre assistência farmacêutica, interpretou-se a diversidade de temas apresentados sob o mesmo descritor como

---

<sup>22</sup> Ampliação democrática em todos os espaços estruturais da prática social (SANTOS, 2003, p. 277).

decorrência da sua imprecisão. Como nas demais subáreas da saúde, a necessidade de um aprofundamento teórico resulta do desafio em articular respostas técnicas e conhecimento científico às necessidades sociais, passando, necessariamente, pela formulação de práticas coerentes e consistentes com os valores que sustentam uma sociedade democrática, solidária e equânime.

O crescimento dos gastos públicos com medicamentos tem gerado uma demanda por profissionais farmacêuticos, juntamente com a expectativa que esses consigam racionalizar tais gastos. A formação e a qualificação de profissionais, em relação a esse desafio, tornam-se urgentes e são reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Assim, além da necessidade de maior aprofundamento teórico sobre a assistência farmacêutica, há também, agora, a oportunidade.

Nesse sentido, a universidade pode e deve ter um papel mais decisivo como lócus privilegiado para a reflexão e em seu papel de formação de sujeitos para o mundo social.

A investigação apresentada neste trabalho, relativa à produção de conhecimento sobre assistência farmacêutica, ao se limitar aos artigos publicados em periódicos científicos relevantes ou diretamente relacionados à realidade brasileira, concluiu pela ainda pequena participação da universidade na reflexão sobre essa área. Há, contudo, outras produções da universidade que, até o momento, não se encontram traduzidas em publicações científicas, mas estão representadas em mudanças curriculares, no desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão articuladamente com os serviços do SUS e em função das necessidades desse, bem como na condução de Cursos de Pós-Graduação voltados para os serviços. A própria construção deste trabalho é exemplo da preocupação de um grupo acadêmico com o aprofundamento da reflexão e o aprimoramento das práticas associadas à assistência farmacêutica.

Assim, sob o mesmo termo, assistência farmacêutica, podem ser conduzidas pelo menos duas discussões em paralelo, mas com possibilidade de se entrecruzarem. Uma delas diz respeito à profissão farmacêutica e o resgate de uma prática profissional identitária. A outra, refere-se às políticas sociais voltadas à saúde, mas que pode ultrapassar esse setor, dirigindo-se a uma proposta de sociedade mais solidária e justa.



## REFERÊNCIAS

AJALLA, M.E.A; CASTRO, L.C. Contribuição para melhoria da prática farmacêutica no atendimento de pacientes com queixas referentes a doenças sexualmente transmissíveis, em Campo Grande-MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 4, n. 2, p. 121-130, 2003.

ALMEIDA, L.F.R. **A ilusão de desenvolvimento**: nacionalismo e dominação burguesa nos anos JK. Florianópolis: UFSC, 2006. 339 p.

AMARAL, S.M.S.; BLATT, C.R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo-SP, v. 40, n. 4, p. 471-479, out./dez. 2004.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 25, p. 55-63, jan./dez. 2004.

ANGELL, M.A. **verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. 319 p.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl.3, p. 3603-3614, nov. 2010.

APPIO, E.F. **O controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 137-146. mar. 2006.

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 611-617, abr. 2008.

ARRAIS, P.S.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L. Drug prescription and dispensing from the patient's perspective: a community-based study in Fortaleza, Ceara State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 927-37, abr. 2007.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. Disponível em: <<http://groups.google.com.br/group/digitalsource>>. Acesso em: 17 outubro 2011.

BAGATINI, F.; BLATT, C.R.; MALISKA, G.; TRESPASH, G.V.; PEREIRA, I.A.; ZIMMERMANN, A.F.; STORB, B.H.; FARIAS, M.R. Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 1, p. 29-39, 2011.

BALESTRE, K.C.B.E.; TEIXEIRA, J.J.V.; CROZATTI, M.T.L.; CANO, F.G.; GUNTHER, L.S. A. Relato de um seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n. 2, p. 203-208, 2007.

BARRETO, J.L. **Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos**. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Pós-graduação em administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2007.

BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios

baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010.

BARROS, J.A. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 377-86, 1983.

BARROS, J.C. **Políticas farmacêuticas**: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 2004. 272 p.

BÁRTA, R.L.; OLIVEIRA, K.R. A prática da automedicação por funcionários de uma Instituição de Ensino Superior portadores de enxaqueca. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 31, n. 2, maio/ago. 2010.

BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1995. 204 p.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência farmacêutica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 761-793.

BEVILACQUA, G.; FARIAS, M.R.; BLATT, C.R. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 583-589, jun. 2011.

BEZERRA, D.S.; SILVA, A.S.; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 69-73, 2009.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, **Descritores em Ciências da Saúde**, Assistência Farmacêutica, 2011. Disponível em: <[http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact\\_term&previous\\_page=homepage&interface\\_language=p&search\\_language=p&search\\_exp=Assist%EAncia%20Farmac%EAutica](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Assist%EAncia%20Farmac%EAutica)>. Acesso em: 12 maio de 2011.

BOBBIO, N. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. 717 p.

BONFIM, J.R.A. A mercadização de produtos farmacêuticos e a inação governamental no Brasil. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A. (Org.) **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. p. 223-236.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 322p.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 6. ed. Campinas: Papius, 2005. 224 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 4.682** de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. DOU de 28/01/1923. Disponível em: <[www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm](http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm)>. Acesso em: 12 maio de 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 60.501**, de 14 de março de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.599-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. 1967b. Disponível em <[www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1967/60501.htm](http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1967/60501.htm)>. Acesso em: 27 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto-lei n. 312**, de 28 de fevereiro de 1967. Autoriza a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social e dá outras providências, Diário Oficial da União de 28/02/67. 1967a. Disponível em: <[www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1967/312.htm](http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1967/312.htm)>. Acesso em: 27 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. **Medicamentos Essenciais: os caminhos da autonomia**. Documento-Proposta. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Central de Medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**: Relatório Final. supl. 1; Brasília: Central de Medicamentos, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20/9/90. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf)>. Acesso em: 07 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/leis/9787\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9787_99.htm)>. Acesso em 26 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Portaria n. 343**, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 4.766**, de 26 de junho de 2003. Regulamenta a criação, as competências e o funcionamento da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. Diário Oficial da União de 27/06/2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil** – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204/GM** de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Disponível

em:

<[siops.datasus.gov.br/.../portaria\\_204%20Regulamenta%20os%20Blocos%20de%20Financiamento.pdf](http://siops.datasus.gov.br/.../portaria_204%20Regulamenta%20os%20Blocos%20de%20Financiamento.pdf)>. Acesso em: 08 novembro 2011.

BRITO, G.C.; MENEZES, M.S.; MESQUITA, A.R.; LYRA JÚNIOR, D.P. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 83-89, 2009.

BURNS, E.M. **História da civilização ocidental: do homem das cavernas às naves espaciais – v.2.** / BURNS, E.M.; LERNER, R.E.; MEACHEM, S. 43. ed. São Paulo: Globo, 2005. 827 p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, J.A.; OLIVEIRA, J.S.; COSTA, D.M.; MACHADO, C.D.; ALVARENGA, J.R.; TORRES, L.O.; FERREIRA, M.T.; LADEIRA, R.M.; CANÇADO, R.L. Prescrição de medicamentos por balconistas de 72 farmácias de Belo Horizonte-MG em maio de 1983: riscos de acidentes. **Jornal de Pediatria**, v. 59, n. 3, p. 307-12, set. 1985.

CANABARRO, I.M.; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 345-355, out./dez. 2009.

CANCELIER, A.C.L.; KUBO, T.K.; PIZZOL, F. Dal. Automedicação em crianças com Rinofaringite. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, v. 35, n. 2, p. 35-40, abr./jun. 2006.

CANO, F.G.; ROZENFELD, S. Eventos adversos a medicamentos em hospitais: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl.3, p. 360-372, 2009.

CARDOSO, M.L. **O mito do método.** Trabalho apresentado no Seminário de Metodologia Estatística, realizado na PUC - Rio de Janeiro, janeiro-fevereiro de 1971. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/28978148/Miriam-Limoeiro-Cardoso-O-Mito-do-Metodo>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

CARLINI, E.L.A.; MASUR, J. Venda de medicamentos sem receita médica nas farmácias da cidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 32, n. 5/6, p. 75-8, maio/jun. 1986.

CARNEIRO, M.F.G.; GUERRA JÚNIOR, A.A.; ACURCIO, F.A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1763-1772, ago. 2008.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 236 p.

CARVALHO, M.C.R.D.; ACCIOLY Jr.; H.; RAFFIN, F.N.; CAMPOS, M.N.; CRUZ, M.M.C.; ALVES, M.K.S. Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: determinação dos sistemas central e periférico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.1, p. 226-234, fev. 2005.

CASTRO, M.S.; CHEMELLO, C.; PILGER, D.; JUNGES, F.; BOHNEN, L.; ZIMMERMAN, L.M.; PAULINO, M.A.; JACOBS, U.; FERREIRA, M.B.C.; FUCHS, F.D. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 3, p. 198-202, jun./set. 2006.

CHAUD, M.V.; GREMIÃO, M. P. D.; FREITAS, O. Reflexão sobre o ensino farmacêutico. **Revista de Ciências Farmacêuticas**, v. 25, n. 1, p. 65-68, 2004.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2004. 424 p.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo/Buenos Aires/Londrina: HUCITEC/Lugar Editorial/ UEL, v. 1, 1999, p. 1-16.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

COELHO, C.C. **Contribuição para uma Política Nacional de Medicamentos**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.

COELHO, H.L.; ARRAIS, P.S.D.; GOMES, A.P. Sistema de Farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 631-40, jul. 1999.

COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E.T.; AGOSTINHO, C.M.G.; DIDJURGEIT, J.S.M.A. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. **Revista de Ciências Farmacêuticas**, v. 40, n. 4, p. 549-558, dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 308** de 2 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias.

\_\_\_\_\_. **Pharmacia Brasileira**. Brasília Ano X, n. 56, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia**, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338** de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf)>.  
Acesso em: 04 outubro 2009.

COREZOLA, F.C. **A construção de um grupo profissional: os farmacêuticos no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 1996.

CORREA, A.D.; LEITE, S.Q.M. Ensino da homeopatia na graduação em farmácia: concepções e práticas pedagógicas em instituições do estado do Rio de Janeiro. **Interface**, Botucatu, [online], v. 12, n. 25, p. 267-280, 2008.

CORRER, C.J.; PONTAROLO, R.; MELCHIORS, A.C.; SOUZA, R.A.P.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy



Services Questionnaire para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 87-96, jan. 2009.

COSENDEY, M.A.E.; HARTZ, Z.M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 395-406, abr. 2003.

COSENDEY, M.A.E.; BERMUDEZ, J.A.Z.; REIS, A.L.A.; SILVA, H.F.; OLIVEIRA, M.A. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.1, p.171-182, jan. 2000.

COUTINHO, C.N. **A democracia como valor universal e outros ensaios**. 2. ed. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

CRUCIOL-SOUZA, J.M.; THOMSON, J.C.; CATISTI, D.G. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 188-196, abr./jun. 2008.

CUNHA, B.C. Assistência farmacêutica na cidade de São Paulo – pessoal envolvido no atendimento ao público. **Anais de Farmácia e Química**, v. 23, n. 1/2, p. 29-36, 1983.

CUNHA, F.O. Propaganda de medicamentos deve orientar profissionais de saúde. **Consultor Jurídico**, São Paulo, v. 8 jul. 2004. Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2004-jul-08/propaganda\\_farmaceutica\\_resguardar\\_saude\\_publica](http://www.conjur.com.br/2004-jul-08/propaganda_farmaceutica_resguardar_saude_publica)>. Acesso em: 01 setembro 2006.

CUNHA, G.W; CIPRIANO, S. L; SENNA, A; BASILE, F. Avanços da assistência farmacêutica aos pacientes transplantados. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 5, n. 6, supl. A, p. 24-6, nov./dez. 1995.

DAL PIZZOL, T.S.; TREVISOL, D.J.; HEINECK, I.; FLORES, L.M.; CAMARGO, A.L.; KÖENIG, Á.; TORRES, I.L.S.; KADRI, M.C.T.; MONREAL, M.T.F.D.; MELO, A.M.M. F.; FERREIRA, M.B.C. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 827-836, abr. 2010.

DALLARI, S.G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 57-75, 2010.

DE BERNARDI, C.L.B.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, jan./abr. 2006.

DIAS, J.P.S. **A Farmácia e a História**. Uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Disponível em: <[www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/histocfarm/Farmacia-e-Historia.pdf](http://www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/histocfarm/Farmacia-e-Historia.pdf)>. Acesso em: 14 julho 2011.

EMMERICK, I.C.M.; LUIZA, V.L.; PEPE, V.L.E. Serviços de avaliação farmacológica no Brasil: ampliando os resultados da metodologia utilizada pela OMS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1297-1306, jul./ago. 2009.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos**: assistência farmacêutica: acesso aos medicamentos e qualidade de vida: rumos e perspectivas no Brasil. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.

FARIAS, A.D.; CARDOSO, M.A.A.; MEDEIROS, A.C.D.; BELÉM, L.F.; SIMÕES, M.O.S. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande-PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 149-156, jun. 2007.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. **Assistência Farmacêutica no SUS**: 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

FEGADOLLI, C.; SIMÕES, M.J.S.; JORGE, I.C.; TANAKA, K.S.S. Antibioticoterapia em crianças na prática diária em Unidades de Saúde de Araraquara-SP, 1997. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 20, n. 1, p. 125-42, 1999.

FIGUEIREDO, T.A.; PEPE, V.L.E.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.

FLEURY S. **Estado sin ciudadanos**: seguridad social en America Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 331 p.

\_\_\_\_\_. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**. Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 49-90.

FOPPA, A.A.; BEVILACQUA, G.; PINTO, L.H.; BLATT, C.R. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. RBCF, **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 727-737, out./dez. 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 19. ed. São Paulo: Graal, 2004. 295 p.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade**. 1. A vontade de Saber. 17. ed. São Paulo: Graal, 2006. 176 p.

FRANÇA Filho, J.B.; CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHORS, A.C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2008.

GADELHA, C.A.G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B.C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan./fev. 2003.

GALATO, D.; ALANO, G.M.; FRANCA, T.F.; VIEIRA, A.C. Exame clínico objetivo estruturado (ECO): uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. **Interface**, Botucatu, [online], v. 15, n. 36, p. 309-320, 2011.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F. (Orgs.) **Medicalização da**

**vida:** ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: UNISUL, 2010, p. 21-35.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil**. São Paulo: Pólis, 1980. 148 p.

GIOVANNI, G. D. **Políticas públicas e política social**. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>. Acesso em: 04 setembro 2011.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, **10/90 Gap**. Disponível em: <<http://www.globalforumhealth.org/about/1090-gap/>>. Acesso em: 02 novembro 2011.

GOMES, A.M.C. **A invenção do trabalhismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 217 p.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p.

GONÇALVES, A. C. S; CAIXETA, C. M; REIS, A. M. M. Análise da utilização de medicamentos antimicrobianos sistêmicos em crianças e adolescentes em dois hospitais de ensino. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 2, p. 177-182, 2009.

GONDIM A.P.; FALCÃO, C.B. Evaluation of Brazilian online pharmacies. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 297-300, abr. 2007.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, mar. 2011.

GRIMBERG, M. Protesta social y salud: um abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud em El marco de La movilización social em La Argentina. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr, C.E.A. **Críticas e atuantes** – Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 357-390.

GUEDES, A.M. A assistência integral farmacêutica como direito. **Revista de Direito Sanitário**, v. 8, n. 2, p. 173-183, jul./out. 2007.

KAUFFMANN, C.; FERNANDES, L.C.; DEITOS, A.; LASTE, G.; HEBERLÉ, G.; CASTRO, L.C.; TORRES, I.L.S. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, p. 777-785, oct./dec. 2009.

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 APS**, v.11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008.

LAFER, C. A Internacionalização dos Direitos Humanos: o desafio do direito a ter direitos. In: AGUIAR, O.A.; PINHEIRO, C.M.; FRANKLIN, K. (Orgs.) **Filosofia e Direitos Humanos**. Fortaleza: UFC, 2006, p. 13-32.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. 159 p.

LEITE, S.N. **Buscando um porto seguro: utilização de medicamentos e outros recursos terapêuticos nos enfrentamentos às doenças infantis no âmbito familiar**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2005.

\_\_\_\_\_. Quê "promoção da saúde"? discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1749-1750, nov./dez. 2007.

\_\_\_\_\_. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1665-1672, jun. 2010.

LEITE, S.N.; MAFRA, A.C. "Que direito". Trajetórias e percepções de usuários que acessam medicamentos por mandados judiciais em Itajaí-SC. **IV Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Abrasco**. Apresentação Oral, 2007.

LEITE, S.N.; PEREIRA, S.M.P.; SILVA, P.; NASCIMENTO JÚNIOR, J.M.; CORDEIRO, B.C.; VEBER, A.P. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 13-28, jul./out. 2009.

LIMA, C.F.; BORBA, M.E.C.; LOPES, A.M.R.L.; SILVA, J.A.P. Assistência farmacêutica no UNI/Natal. **Saúde em Debate**, v. 11, p. 95-6, set. 1995.

LIMA, G.; NEGRINI, N.M.M.. Assistência farmacêutica na administração de medicamentos via sonda: escolha da forma farmacêutica adequada. **Einstein**, v.7, n. 1, p. 9-17, 2009.

LOPES, L.R. **História do Brasil Imperial**. 4. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988. 114 p.

LOPES, L.C.; BARBERATO-FILHO, S.; COSTA, A.C.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 620-628, ago. 2010.

LUIZA, V.L.; CASTRO, C.G.S.O.; UNES, J.M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p. 769-776, out. 1999.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

MACÊDO, V.C.; BEZERRA, A.F.B.; FRIAS, P.G.; ANDRADE, C.L.T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1679-1692, ago. 2009.

MACHADO, M.A.Á.; ACURCIO, F.A.; BRANDÃO, C.M.R.; FALEIROS, D.R.; GUERRA Júnior, A.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; ANDRADE, E.I.G. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-598, jun. 2011.

MACLEOD, D.; MILLER, W. **The practice of pharmacy**: institutional and ambulatory pharmaceutical services. Cincinnati: Harvey Whitney Books, 1981. 502 p.

MAGARINOS-TORRES, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PEPE, V.L.E. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 973-984, ago. 2007.

MAGEDANZ, L.; JACOBY, T.; SILVA, D.; SANTOS, L.; MARTINBIANCHO, J.; ZUCKERMANN, J. Implementação de um programa para evitar possíveis interações fármaco-alimento em pacientes adultos internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário. **Revista HCPA & Faculdade Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 29-32, maio 2009.

MAIA NETO, J.F. **Farmácia hospitalar**: um enfoque sistêmico. Brasília: Thesaurus, 1990. 141 p.

MARÍN, N. Los servicios farmacéuticos en la atención de salud. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A. (Orgs.) **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1999. p. 125-140.

MARINHO, M.G.S.M. A presença norte-americana na educação superior brasileira: uma abordagem histórica da articulação entre a Fundação Rockefeller e estruturas acadêmicas de São Paulo. **Thesis**, ano I, v. 3, p. 54-77, 2005. Disponível em: <[www.cantareira.br/thesis2/v2n3/gabriela.pdf](http://www.cantareira.br/thesis2/v2n3/gabriela.pdf)>. Acesso em: 03 novembro 2011.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Revista História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 9, supl. 1, p. 41-65, 2002.

MARX, Karl. **O capital : crítica da economia política**. v.1. São Paulo: Nova Cultural, 1996. 496 p.

MASTROIANNI, P.C.; VARALLO, F.R.; BARG, M.S.; NOTO, R. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 163-170, jan./mar. 2009.

MATOS, E.G.; SANTOS, M.F.; PIEDRABUENA, A.E.; KARNIOL, I.G. Padrões de indicação do uso de antidiabéticos em farmácias e gravidade sintomatológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 31, n. 7/8, p. 116-20, jul./ago. 1985.

MELO, D.O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 4, p. 475-485, dez. 2006.

MELO, R.R.G.; FERREIRA FILHO, M.A.; BRAGA, A.C.A.; MENON, R.A.; GUIDI, H.G.C.; VECENANCIO, E.; PEREIRA, L.D'A.; BARBOSA, Z.; MELO, L.G. Amigdalites: atendimento nas farmácias. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 52, n. 1, p. 13-6, 19, jan./mar. 1986.

MENEZES, F.G.; ANDRADE, S.; GRECO, K.V.; NASCIMENTO, J.W.L. Esofagite química e ulcerações esofágicas associadas ao uso de alendronato sódico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 21-25, 2009.

MENOLLI, P.V.S.; IVAMA, A.M.; CORDONI Júnior, L. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 25, n. 3, p. 254-259, mar. 2009.

MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n. 2, p. 525-534, abr. 2005.

MIGUELOTE, V.R.S. **A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica**: uma coprodução de técnicos e técnicas de



poder. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

MISOCZKY, M.C.; PORTO, A.; BARROS, J.A. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: um olhar sobre os acontecimentos. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 433-436, set./dez. 2003.

MOTA, D.M.; GADELHA, S.R.; ALBUQUERQUE, M.Z.M.. Análise e avaliação farmacoeconômica de prescrições de medicamentos: um estudo preliminar. **Mundo Saúde**, v. 23, n. 3, p. 181-4, maio/jun. 1999.

MOTA, D.M.; SILVA, M.G.C.; SUDO, E.C.; ORTÚN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 589-601, abr. 2008.

MOTA, M.L.S.; BARBOSA, I.V.; STUDART, R.M.B.; MELO, E.M.; LIMA, F.E.T.; MARIANO, F.A. Avaliação do conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre administração de medicamentos por sonda nasogástrica e nasoenteral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 888-894, sept./oct. 2010.

MOURA, C.S.; PERINI, E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science**, v. 45, n. 2, p. 279-286, abr./jun 2009.

NASCIMENTO, A.C.; SAYD, J.D. “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Isto é regulação? **Physis**, v. 15, n.2, p. 305-328, 2005.

NAVES, J.O.S; SILVER, L.D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, abr. 2005.

NAVES, J.S.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L.D. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1005-1014, out./dez. 2005.

NOSÉ, W.; FREITAS, W.; MUÑOZ, E.H. Tratamento não-iatrogênico da conjuntivite: estudo feito em farmácias de Santo André, São Paulo, Brasil. **Mednews**, v. 3, n. 4, p. 5-8, mar. 1985.

OGA, S.; KOSE, G.; LOPES, E.A. Estudo sobre o ensino do ciclo básico do currículo farmacêutico: 2. Opinião dos professores. **Anais de farmácia e química de São Paulo**, s/v, s/n, p. 52-64, dez. 1987.

OLIBONI, L.S.; CAMARGO, A.L. Validação da prescrição oncológica: o papel do farmacêutico na prevenção de erros de medicação. **Revista HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 147-152, 2009.

OLIVEIRA, A.B.; OYAKAWA, C.N.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M.W.; MONTRUCCHIO, D.P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, p. 409-413, dez. 2005.

OLIVEIRA, E.A.; LABRA, M.E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 112 p.

OLIVEIRA, M.A.; ESCHER, Â.F.S.C.; SANTOS, E.M.; COSENDEY, M.A.E.; LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, out. 2002.

OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; SOUZA, A.C.M. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 99-112, jan. 1999.

OLIVEIRA, M.A.; SANTOS, E.M.; MELLO, J.M.C. AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 863-875, ago. 2001.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud**. Indicadores seleccionados Del uso de medicamentos, 1993. (DAP. 93.1)

OPAS. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: 2002. 24 p.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

OSHIRO, M.L.; CASTRO, L.L.C. Evolução da pesquisa em atenção farmacêutica no Brasil: um estudo descritivo do período 1999-2003. **Espaço para a Saúde** [on-line], v. 7, n. 2, p. 24-31, jun. 2006.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MIRANDA, E.S. Consolidando as pesquisas com assistência farmacêutica no país. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisasda atenção farmacêutica no âmbito do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PEPE, V.L.E.; LUIZA, V.L.; COSENDEY, M.A.E.; FREITAS, A.M.; MIRANDA, F.F.; BERMUDEZ, J.A.Z.; LEAL, M.C. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl.1, p. S73-S82, 2004.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PAUMGARTTEN, F.J.R.; SILVER, L.D. O uso de medicamentos na gravidez. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.987-996, dez. 2004.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PEIXOTO, M.A.P.; CASTILHO, S.R. Câmbio na assistência perinatal como determinante de consumo e diversidade de antiinfeciosos? Estudo em UTI neonatal no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 257-267, fev. 2002.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Farmacêutico: ser profissional de saúde e cidadão exige responsabilização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl., p.572-575, abr. 2008.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; CHAVES, G.C.; RUIZ, A.M.; MIRANDA, E.S.; CAMPOS, M.R.; SUÁREZ-MÚTIS, M.C.; FREITAS, L.F. Uma proposta de modelo de avaliação para a assistência farmacêutica na malária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2075-2082, set. 2009.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MIRANDA, E.S.; ESHER, A.; CAMPOS, M.R.; BRASIL, J.C.; FERREIRA, A.C.S.; EMMERICK, I.C.M. Conhecimentos, práticas e percepções de profissionais de saúde sobre o tratamento de malária não complicada em municípios de alto risco da Amazônia Legal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl.1, p. 1445-1456, 2011.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PANIZ, V.M.V.; FASSA, A.C.G.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; RODRIGUES, M.A.; DOMINGUES, M. R.; BERTOLDI, A.D. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1163-1174, jun. 2010.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, IB; LIMA, JCF. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 16 outubro 2011.

PENAFORTE, T.R.; FORSTE, A.C.; SIMÕES, M.J.S. Evaluation of the performance of pharmacists in terms of providing health assistance at a university hospital. **Clinics**, v. 62, n. 5, p. 567-572, 2007.

PEPE, V.L.E.; FIGUEIREDO, T.A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos

desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** [online], v. 44, n. 4, p. 601-612. 2008.

PEREIRA, S.L.G. Os Investimentos das Indústrias Farmacêuticas Brasileiras em Programas Sociais: uma análise dos indicadores sociais de 2006. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p.19-28, 2009.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: Fundamentos Teóricos e Conceituais. In: ACURCIO, F.A. (Org.) **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED; 2003. p. 9-30.

PETROVICK, P.R. O que são medicamentos? In: SHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S.; PETROVICK, P.R. (Orgs.) **Cuidado com os medicamentos**. Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS/UFSC, 2004. p. 11-21.

PINHEIRO, E.S. A indústria farmacêutica transnacional e o mercado brasileiro. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Orgs.) **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. p. 165-178.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

PIRES, D.E. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 16 outubro 2011.

PONTE, E.; FRANCO, R.A.; SOUZA-MACHADO, A.; SOUZA-MACHADO, C.; CRUZ, A.A. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 1, p. 15-19, fev. 2007.

PONTES JUNIOR, D.M.; PEPE, V.L.E.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MASSENA, E.P.; PORTELA, M.C.; MIRANDA, M.C.;

SILVA, R.S. A definição de medicamentos prioritários para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2081-2090, set. 2008.

PORTELA, A.S.; Leal, A.A.F.; WERNER, R.P.B; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010.

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, supl., p. 70-79, abr. 2006.

POSSAMAI, F.P.; DACOREGGIO, M.S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 473-490, nov. 2007-fev. 2008.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 272 p.

PROVIN, M.P.; CAMPOS, A.P.; NIELSON, S.E.O.; AMARAL, R.G. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 717-724, jul./set. 2010.

RECH, N. Reflexão inicial: o setor farmacêutico e o desenvolvimento nacional. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica**: o farmacêutico de que o Brasil necessita: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 (Série D. Reuniões e Conferências), p. 17-30.

RIBEIRO, M.A.R. Saúde pública e as empresas químico-farmacêuticas. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 7, n. 3, p. 607-626, jan./nov. 2000/fev 2001.

RIBEIRO, Maria Ângela; HEINECK, Isabela. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa

Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 653-663, jul.-set. 2010.

ROCHA, C.H.; OLIVEIRA, A.P.S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F.T.; SCHROETER, G.; SOUZA, A.C.A.; DECARLI, G.A.; MORRONE, F.B.; WERLANG, M.C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre-RS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl., p.703-710, abr. 2008.

ROLNIK, S. Toxicômanos de Identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D (Org.). **Cultura e Subjetividade**. Saberes nômades. 4. ed. Campinas: Papirus, 2005. p. 19-24.

ROMEU, G.A.; PAIVA, L.V.; FE, M.M.M. Pharmaceutical care to pregnant women carrying human immunodeficiency virus. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science** [online], v. 45, n. 3, p. 593-602. 2009.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec: UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 400 p.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000. 163 p.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 561-568, abr. 2008.

SANT'ANA, J.M.B.; PEPE, V.L.E.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; VENTURA, M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 138-144, fev. 2011.

SANTICH, I.R. Bases conceptuales para la estructuración y organización. In: SANTICH, I.R.; GALLI, A. **La asistencia farmacéutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará**: elementos para su transformación. Fortaleza; Ceará. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública; 1995.

SANTOS, B.S. **Pela Mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 348 p.

SANTOS, M.A.C. A efetividade das normas constitucionais: as normas programáticas e a crise constitucional. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 204, 26 jan. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?d=4731>>. Acesso em: 29 abril 2007.

SANTOS, A.C.; PEREIRA, D.A.; SILVA, O.A.; LOPES, L.C. Seguimento farmacoterapêutico em pacientes com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 27, n. 3, p. 269-273, 2006.

SANTOS, D.O.; MARTINS, M.C.; CIPRIANO, S.L.; PINTO, R.M.C.; CUKIER, A.; STELMACH, R. Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 14-22, jan./fev. 2010.

SANTOS, M.R.C. **Profissão farmacêutica no Brasil**: história, ideologia e ensino. Ribeirão Preto: Holos, 1999. 155 p.

SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 3, p. 795-806, set. 2004.

SANTOS, R.I.; LEITE, S.N. Assistência farmacêutica e direito social à saúde. In: CORDEIRO B. C.; LEITE, S.N. **O Farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2008, p. 43-53.

SANTOS, R.I.; FARIAS, M.R. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F. (Orgs.) **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: UNISUL, 2010, p. 278-289.

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 89 p.

SATURNINO, L.T.M.; LUZ, Z.P.; PERINI, E.; MODENA, C. M. O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação



no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2303-2310, abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Pharmaceutical assistance within the SUS: the experience of students in Rural Internship from a Pharmacy Course. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science**, v. 45, n. 4, p. 819-827, oct./dec. 2009.

SCHENKEL, E.P.; RECH, N.; FARIAS, M.R.; SANTOS, R.I.; SIMÕES, C.M.O. Assistência Farmacêutica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil** – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 199-220.

SCHENKEL, E.P.; CUNHA Jr.; A.S. Panorama sobre a educação superior na área de farmácia no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SEBASTIÃO, E.C.O. Consumo de medicamentos, um esboço dos fatores determinantes. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 19, n. 2, p. 253-63, 1998.

\_\_\_\_\_. Avaliação do cumprimento das exigências legais em ordens médicas em serviço de farmácia hospitalar de Ouro Preto e implicações na qualidade assistencial ao paciente. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 23, n. 1, p. 71-85, 2002.

SILOCCHI, N.A. Assistência farmacêutica no município de Rondonópolis, Mato Grosso do Sul. **Saúde em debate**, n. 36, p. 30-32, ago. 2006.

SILVA, J.A.P. **Problemática da farmácia pública brasileira**. [tese para Docência Livre]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1974.

SILVA, L.R. VIEIRA, E.M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 429-437, jun. 2004.

SILVA, L.C.C.; HETZEL, J.L.; SILVA, L.M.C. Clínicas de asma: uma necessidade. **Revista Médica da Santa Casa**, v. 9, n. 16, p. 1646-50, jun. 1998.

SILVA, M.I.G.; GONDIM, A.P.S.; NUNES, I.F.S.; SOUSA, F.C.F. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú-CE. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 16, n. 4, p. 455-462, dez. 2006.

SILVA, R.H.A.; MIGUEL, S.S.; TEIXEIRA, L.S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de Farmácia em cenários de prática. **Trabalho, Educação e Saúde**; v. 9, n. 1, mar./jun. 2011.

SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A.M.Y.S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 211-217, jul./set. 2009.

SOARES, J.C.R.S. Política de medicamentos no Brasil e miséria filosófica. **Revista Saúde Debate**, v. 25, jun., p. 42-46. 1989.

SODRÉ, N.W. **Síntese de História da Cultura Brasileira**. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 158 p.

SOIBELMAN, M.; AMARAL, L.R.; PALMINI, A.L.F.; LERRER, D.P.; LEITE, S.S. Indicação de medicamentos por balconistas de farmácia em Porto Alegre-RS. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 32, n. 5/6, p. 79-83, maio/jun. 1986.

SORJ, B. **A nova sociedade brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 169 p.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, M.N.; PAULA, C.S.; MIGUEL, M.D; ZANETTI, V.C.; MIGUEL, O.G.; ZANIN, S.M.W. Acompanhamento farmacoterapêutico

a pacientes usuários de enfuvirtida. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 235-239, set./dez. 2010.

SOUZA, T. R. C. L.; SILVA, A. S.; LEAL, L. B.; SANTANA, D. P. Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico, Um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 105-109, 2009.

SPOSATI, A. Seguridade e Inclusão: bases institucionais e financeiras da assistência social no Brasil. In: LOBATO, S.V.C., FLEURY, S. (Orgs.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 173-188.

TAMBELLINI, A.T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: UNESP/ FIOCRUZ, 2003, p. 48-58.

TEIXEIRA, S.M.F. Assistência médica previdenciária – evolução e crise de uma política social. **Saúde em debate**, n. 9, p. 21-36, 1980.

TOFANI, L.F.N.; CARPINTÉRO, M.C.C.; BRUNO, V.R. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl.1, p. 22-25, jan./mar. 2009.

VALLADÃO, M.L.F.; CELSO, C.; NUNAN, E.A.; PRADO, M.A.F.; MINTZ, M.L.; LOPES, H.J.J. Os (des)caminhos do ensino de Farmácia no Brasil. **Revista de farmácia e bioquímica**, v. 7, n. único, p. 63-74, 1986.

VEBER, A.P.; DIEHL, E.; LEITE, S.N.; PROSPERO, E.N.S. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 75-80, jan./mar. 2011.

VEIGA, R.P.; JACOBY, T.; HEINECK, I. Reação adversa a medicamentos em pediatria: casos relatados ao programa de farmacovigilância do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 24, n. 2/3, p. 10-17, ago./dez. 2004.

VELLOSO, V. Assistência farmacêutica: discursos e práticas na capital do Império do Brasil (1850-1880). **Varia Historia**, v. 26, n. 44, p. 373-94, 2010.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V.L.E.; SCHRAMM, F.R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007.

\_\_\_\_\_. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 674-681, ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149-156, fev. 2010.

VIEIRA, M.R.S.; LORANDI, P.A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, jun. 2008.

YOKAICHIYA, C.M.; FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Usuários de drogas injetáveis e terapia anti-retroviral: percepções das equipes de farmácia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, supl. 2, p. 14-21, dez. 2007.

YOKAICHIYA, C.M.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-MARTIS, M.C.F.; SCHARAIBER, L.B. Equipes de farmácia e humanização da assistência a pacientes com HIV/AIDS: um estudo qualitativo em serviços municipais de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Aids**, v. 7, n. 5, p. 240-247, set./out. 2006.

ZAVASCKI, T.A. Direitos Fundamentais de Terceira Geração. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, n. 15, pp. 227-232, 1998. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/121>>. Acesso em: 13 agosto 2009.