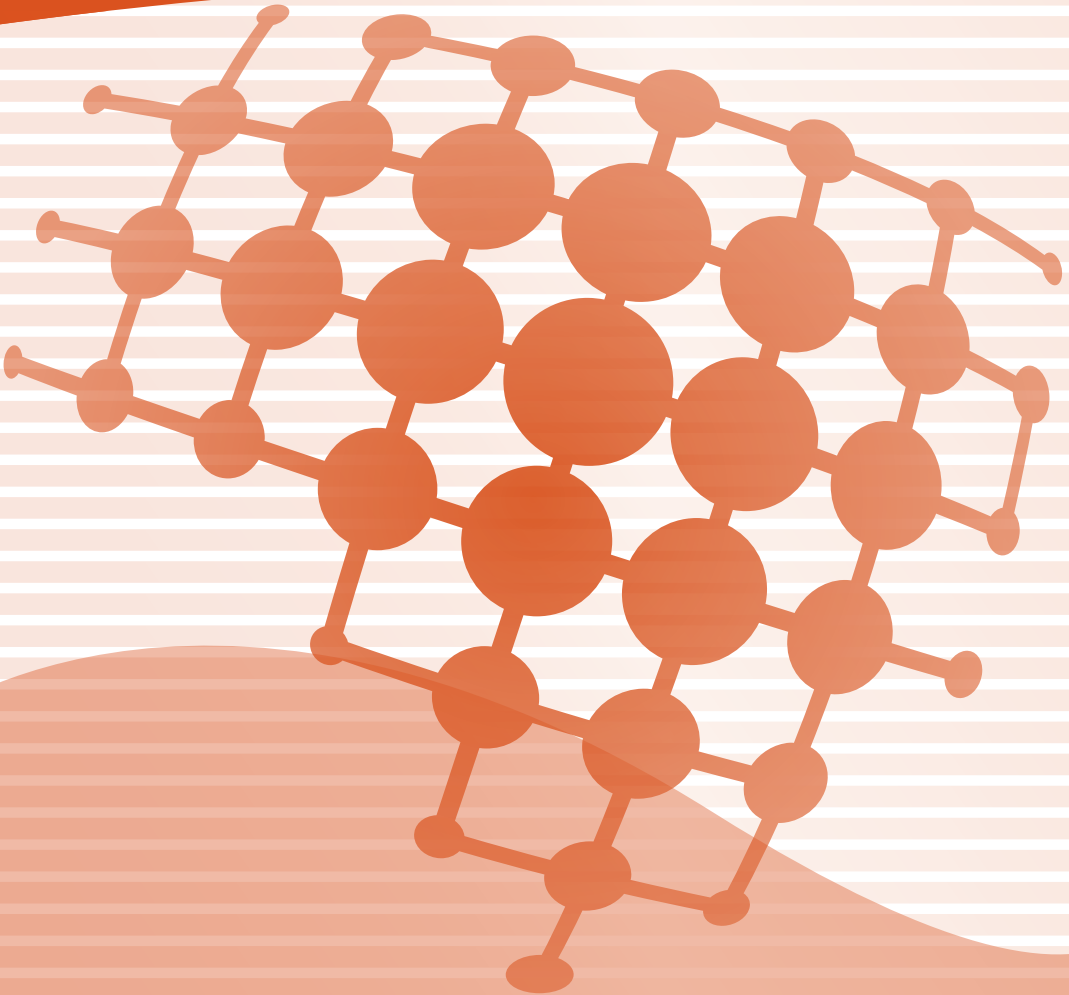


UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 1: Políticas de Saúde e
Acesso aos Medicamentos

Módulo 2: Políticas de Saúde e Acesso
aos Medicamentos



POLÍTICAS DE SAÚDE E ACESSO AOS MEDICAMENTOS

MÓDULO 2

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Heider Aurélio Pinto

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Jarbas Barbosa da Silva Junior

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) José Miguel do Nascimento Júnior

Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão Jamil Assreuy

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Marcos Antônio Segatto

Subchefe do Departamento Flávio Henrique Reginatto

Coordenadora do Curso Célia Maria Teixeira Campos

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora Pedagógica Mareni Rocha Farias

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

Coordenação Técnica André Felipe Vilvert, Bernd Heinrich Storb, Fabíola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes

ORGANIZADORES

Rosana Isabel dos Santos

Luciano Soares

Guilherme Daniel Pupo

AUTORES

Luciano Soares

Rosana Isabel dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORGANIZADORES

Rosana Isabel dos Santos

Luciano Soares

Guilherme Daniel Pupo

MÓDULO 2

POLÍTICAS DE SAÚDE E ACESSO AOS MEDICAMENTOS

© 2015. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica

Un385s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Educação a distância.

Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso aos medicamentos / Rosana Isabel dos Santos, Luciano Soares, Guilherme Daniel Pupo. — Florianópolis, SC : UFSC, 2015.

128 p.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica

Conteúdos do Módulo: O processo saúde-doença-cuidado Saúde e cidadania.

ISBN: 978-85-8328-042-2

1. Gestão em saúde. 2. Política de saúde. 3. Assistência farmacêutica. 4. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. 5. Acesso a medicamentos. I. Santos, Rosana Isabel dos. II. Soares, Luciano. III. Pupo, Guilherme Daniel. I. Título.

CDU: 615.1

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Equipe Labmin

Revisão Textual Judith Terezinha Müller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Projeto Gráfico André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustração Capa Ivan Jerônimo Iguti da Silva

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Agnes Sanfelici, Soraya Falqueiro

Revisão Textual Judith Terezinha Muller Lohn

Design Gráfico Tais Massaro

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO.....	13
Lição 1 - Diferentes concepções sobre saúde	16
Lição 2 - Modelos de atenção à saúde	26
Lição 3 - Acesso a serviços de saúde e a medicamentos	34
REFERÊNCIAS	53
UNIDADE 2 - SAÚDE E CIDADANIA.....	57
Lição 1 - Saúde como direito e respostas do Estado	59
Lição 2 - Políticas de saúde no Brasil	75
Lição 3 - A Assistência Farmacêutica e o Sistema Único de Saúde	80
REFERÊNCIAS	122

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo ao Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso aos medicamentos!

O tema central deste Módulo é o que está expresso em seu título: Políticas de saúde e acesso aos medicamentos. Entretanto, optamos por iniciá-lo apresentando outras questões que, em um primeiro momento, poderão até parecer desconexas com o tema central. A razão para isso é que essas questões, além de influírem diretamente na definição das políticas públicas para a área, também estão relacionadas ao nosso trabalho como farmacêuticos do SUS, embora, na maior parte do tempo, nem nos demos conta disso.

Para começarmos a pensar sobre o assunto, fazemos uma provocação: Se somos “profissionais de saúde”, por que nossa formação e nossa prática estão focadas na doença? Não deveríamos então ser chamados de “profissionais da doença”?

O foco na doença é uma “herança” que recebemos de uma determinada concepção de saúde que se tornou fortemente predominante a partir do século XIX.

A importância de se conhecer o modo como se concebe a saúde é que ele determina desde a nossa prática até a organização dos serviços e a definição das políticas para o setor.

À luz dessa discussão, apresentaremos as trajetórias percorridas para a construção do SUS e da assistência farmacêutica, até o momento, no intuito de que possamos explorar ao máximo as potencialidades desse sistema para a efetivação de uma sociedade mais justa.

É preciso sempre lembrar que tanto o SUS quanto a assistência farmacêutica não são “entes” concluídos e estanques. Ao contrário, ambos resultam de processos dinâmicos, complexos e ainda em andamento. Nesse sentido, a sua participação, com suas dúvidas e experiências, será fundamental para construirmos um novo conhecimento e novas práticas. Você talvez já tenha percebido que, neste Curso, não estamos partindo da premissa de que “o professor sabe tudo e o estudante nada”. Ao contrário, temos plena consciência de que o “mundo acadêmico”, muitas vezes, não consegue acompanhar a dinâmica do SUS. A própria construção dos materiais didáticos tem nos mostrado o quanto ainda precisamos aprender. Em nossas discussões internas, percebemos a debilidade teórica sobre muitos aspectos da prática farmacêutica no SUS. Por isso,

vemos neste Curso uma oportunidade única de crescermos individual e coletivamente, bem como de fazermos crescer o conhecimento, tanto quanto a qualidade do ensino e dos serviços relacionados à assistência farmacêutica.

Vamos, então, prosseguir em nosso caminho!

Bons estudos!

Ementa

Concepções de saúde-doença. Modelos de atenção à saúde. Acesso a serviços de saúde e a medicamentos. Saúde como direito. Políticas sociais. Modelos de proteção social. Políticas de saúde no Brasil. Assistência farmacêutica e Sistema Único de Saúde.

Unidades

Unidade 1 - O processo saúde-doença-cuidado

Unidade 2 - Saúde e cidadania

UNIDADE 1

MÓDULO 2

UNIDADE 1 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Ementa da Unidade

- Concepções de saúde-doença.
- Modelos de atenção à saúde.
- Acesso a serviços de saúde e a medicamentos.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Identificar diferentes concepções de saúde e correlacioná-las com diferentes práticas em saúde.
- Identificar as principais características do modelo biomédico, suas limitações e algumas alternativas.
- Compreender o acesso a medicamentos no contexto socioeconômico e do sistema de saúde.

Apresentação

Conceitos, princípios e teorias são elementos importantes para compreender as circunstâncias, as origens e os significados de nossas atividades. Por que nossas respostas a determinados problemas de saúde são de um jeito e não de outro? Qual a razão para que determinadas práticas sejam priorizadas em detrimento de outras em cada modelo de atenção à saúde? Como nosso trabalho pode ampliar o acesso a medicamentos? As respostas a essas perguntas são complexas. Quando conhecemos os condicionantes históricos de uma realidade, o significado conceitual do nosso fazer profissional, as percepções envolvidas na interpretação de cada situação pelos diferentes atores do sistema de saúde, o nosso poder de explicar aumenta, podendo, com isso, tornar nossas ações mais conscientes e contribuir para aprimorar a qualidade da gestão.

Conteudistas responsáveis:

Luciano Soares
Rosana Isabel dos Santos

Conteudista de referência:

Luciano Soares

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO



Reflexão

Você já reparou que não há uma única forma de se considerar o que é saúde?

Para uns, saúde é o antônimo de doença, para outros é sentir-se bem. Alguns podem achar que ela só depende do comportamento do próprio indivíduo, enquanto que outros podem achar que ela resulta da “vontade de Deus”.

Veja o que Moacyr Scliar diz sobre isso:

(...) saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).



Link

Para conhecer mais a obra de Moacyr Scliar, médico e escritor gaúcho, especialista em saúde pública, acesse os *links*: <<http://www.scliar.org/moacyr/>> e <<http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=298>>

Mas, qual a importância de haver distintas concepções de saúde?

A postura de qualquer ser humano em relação à saúde é consequência de sua concepção sobre ela. Por exemplo: para aqueles que a consideram como a ausência de doenças, o foco será em atitudes curativas (buscar tratamentos que curem a doença) e/ou preventivas (tomar medidas para evitar a instalação ou o agravamento de uma doença); para aqueles que a consideram “a vontade de Deus”, maior importância será dada a rezas e ao comportamento recomendado pela sua religião.

Isso também vale para nós, profissionais de saúde, pois, mesmo de forma inconsciente, a concepção que temos sobre a saúde determina a nossa prática, sem nos darmos conta, e influi na organização dos serviços, bem como na definição das políticas para o setor.



Reflexão

Então, podemos nos perguntar: conhecendo as várias concepções sobre saúde, temos mais chances de reconhecê-las em nosso dia a dia, transformando-as, quando necessário, para a melhoria dos serviços?

Isso mesmo! Essa é a razão pela qual o conteúdo desta unidade está presente no Curso!

Enfatizamos que o conteúdo desta unidade, em especial a lição 1, refere-se a um conjunto de conceitos e concepções que não é, necessariamente, abordado da mesma maneira por outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, na antropologia cultural. Para que você conheça essa abordagem, o convidamos a ler a unidade 1 - *Contexto sociocultural do uso de medicamentos* do Módulo 5, a ser estudada no Eixo 2.

Lição 1 - Diferentes concepções sobre saúde

O termo “concepção” é utilizado aqui como a faculdade de se compreender algo ou de se produzir conceitos (KOOGAN; HOUAISS, 1995). Como qualquer esforço humano em tentar compreender o mundo que nos cerca, as concepções resultam do conhecimento disponível. Por sua vez, o conhecimento que prevalece em cada momento histórico depende, em grande medida, dos valores (morais, religiosos, políticos e culturais) prevalentes em uma determinada sociedade. Você pode estar se perguntando como os valores influenciam nos conhecimentos. Lembre quanto tempo se passou até que se aceitasse, apesar das evidências já conhecidas, que a Terra gira em torno do Sol e não ao contrário, pelo simples fato de que isso contrariava os dogmas religiosos cristãos.

Em relação à saúde, de forma bastante simplista, podem ser identificados dois grupos de concepções:

- as de cunho não racional, ou mágico-religiosas;
- e as racionais.

Os termos “racional” e “não racional” estão sendo, aqui, empregados como na literatura tradicional (ou conservadora) sobre o assunto, ou seja, referindo-se à racionalidade científica. Entretanto, cabe ressaltar,

além da significação científica, que o conceito de “racionalidade” pode dizer respeito a outro tipo de conhecimento não menos importante.

Concepções não racionais ou mágico-religiosas

Em diversas épocas, para muitas sociedades e civilizações, as explicações para a criação e o funcionamento do mundo residiram ou residem no sobrenatural, sendo que mitos, lendas e histórias, frequentemente associados a alguma cultura religiosa, foram ou são as referências hermenêuticas para a compreensão dos fenômenos naturais, dentre os quais, as doenças.

Com a divinização do desconhecido, utilizam-se cerimônias, rezas e rituais de magia ou religiosos, como instrumentos destinados a interferir ou mesmo dominar a natureza.

A magia costuma ter um caráter de prática individual, em que os poderes sobrenaturais seriam dominados por um xamã, médium, mago etc., para fins específicos. Nas religiões, um ou mais deuses seriam os responsáveis por todo o universo, sendo que alguns homens, devidamente preparados (sacerdotes, padres etc.), teriam a propriedade de intervir junto a ele(s), solicitando graças. Há também práticas em que se mesclam componentes da magia e de uma ou mais religiões.

Em comum, nessas concepções, além de explicações não racionais, predomina a ideia de que a doença é externa ao corpo do indivíduo. Segundo a concepção mágica, atos mágicos ou maldições podem desencadear doenças, introduzindo-as no organismo de um ser vivo. O tratamento, nessa lógica, também dependeria de ações ou rituais de magia.

Na concepção religiosa, o processo saúde-doença é compreendido como decorrência da vontade divina. A doença seria uma resposta à transgressão de algum dos preceitos religiosos ou de uma atitude condenável, apoderando-se do corpo de um indivíduo ou grupo populacional. Em consequência, acredita-se que os deuses, ou seus representantes na Terra, têm o poder de interferir no processo da enfermidade e na sua cura. Na tradição judaico-cristã, por exemplo, Deus é tido como o Senhor da vida e da morte, bem como da saúde e da doença. Como premiação pela obediência à lei divina, tem-se saúde e, como castigo por seu descumprimento, a doença.

As práticas que se sustentam no sobrenatural, mesmo que atualmente possam ser explicadas por outra racionalidade, são apresentadas pela doutrina em questão como parte dos preceitos míticos ou religiosos envolvidos. Práticas religiosas que envolvem o

asseio corporal, por exemplo, são justificadas pela necessidade de se apresentar “puro aos olhos dos deuses” e não por razões higiênicas (ROSEN, 1994, p.32).

De acordo com Hegenberg (1998) e Scliar (2007), as concepções mágico-religiosas são típicas de sociedades primitivas. Entretanto, permanecem em todas as sociedades atuais, em alguma medida.

A partir do século VI, foram 1 criados leprosários – casas para o isolamento dos doentes - em locais distantes das cidades.

No início do século XIII, já existiam cerca de dezenove mil em toda a Europa. O isolamento é uma prática ainda utilizada, embora sob outra racionalidade.

No mundo ocidental, as concepções mágico-religiosas predominaram até a Antiga Grécia, quando, mesmo em meio ao politeísmo, as explicações para os fenômenos físicos, químicos e biológicos passaram a ser buscadas na natureza, marcando o início do racionalismo.

Posteriormente, em toda Europa Medieval, o racionalismo grego perdeu forças frente às crenças religiosas - pagãs e, principalmente, cristãs. Novamente, o adoecimento passou a ser considerado uma punição de Deus pelo pecado, ou o resultado da possessão pelo diabo ou da feitiçaria. O alívio era buscado por meio de rituais, preces e/ou invocação de santos.

Havia a crença de que, no 2 quadragésimo dia, ocorria a separação entre as formas agudas e crônicas das doenças. Episódios bíblicos, descritos com a duração de quarenta dias, como o dilúvio, além de crenças provenientes da alquimia, as quais preconizavam que seriam necessários quarenta dias para ocorrer certas transmutações, também devem ter contribuído para a definição de quarenta dias (quarentena) como tempo de isolamento.

Alguns conceitos e práticas daquele período permanecem até hoje. São exemplos: os conceitos de contágio e isolamento. Presente no Velho Testamento, o contágio foi, primeiramente, relacionado à impureza espiritual que, além de contagiosa, era também associada a doenças (ROSEN, 1994). Na Europa Medieval, ser portador da lepra (atualmente designada como mal de Hansen ou Hanseníase) equivalia a uma sentença de ser “impuro” e uma condenação a um severo **isolamento**¹ para o resto de sua vida.

Também na Idade Média, a Europa foi assolada por outra praga, a Peste Negra, considerada como sinal da ira divina. Além das orações e das penitências como recurso para a salvação, foi estabelecida a obrigatoriedade da notificação dos casos às autoridades municipais, as quais providenciavam alimentos aos isolados. O isolamento passou a ser estendido a todos os que tivessem tido contato com o doente. Em casos suspeitos, as pessoas deviam ser observadas por um período específico, até que se certificasse a ausência da doença. Era o sistema de **quarentena**², também justificado, pelo menos em parte, por concepções religiosas.

As manifestações religiosas 3 e pagãs, inclusive simultaneamente, como no sincretismo religioso brasileiro, invocando a proteção à saúde, demonstram a permanência dessas concepções entre nós.

O abandono das explicações sobrenaturais caracteriza o pensamento racional do ocidente, hoje identificado, hegemonicamente, como pensamento científico. Entretanto, a busca pela saúde por meio de **benzéduras, santuários, rezas, invocação de santos e outros rituais**³ - religiosos ou não - ainda são relativamente comuns nos dias atuais, embora não costumem ser prevalentes onde se dispõe de meios para o cuidado em saúde, baseados em concepções racionais.

Concepções racionais

O Racionalismo grego

Como mencionado anteriormente, os gregos da antiguidade eram politeístas, sendo que algumas **divindades eram consagradas à saúde**⁴.

Contudo, entre os anos 600 e 500 a.C., iniciou-se, com os filósofos gregos pré-socráticos, outra forma de tentar compreender o mundo e, conseqüentemente, de interagir com ele, não mais por meio de rituais místicos. Foram as primeiras manifestações, no ocidente, da busca de explicações por meio da **razão**, considerada, desde então, como fonte do conhecimento.

A partir dos pré-socráticos, a natureza passou a ser compreendida a partir de quatro elementos, cada qual correspondendo a um estado da matéria: ar/estado gasoso, fogo/plasma, terra/sólido, água/líquido. As propriedades de cada elemento eram relacionadas ao frio, calor, secura e umidade (ar: úmido e quente; fogo: quente e seco; terra: seca e fria; água: fria e úmida). A diversidade da matéria encontrada na natureza resultaria das diferentes combinações dos quatro elementos.

Hipócrates⁵ (460-377 a.C.), posteriormente, desenvolveu a **concepção humoral**: no corpo, a saúde resultaria do equilíbrio de quatro fluidos (humores), cada qual correspondendo a um dos quatro elementos. As correspondências estabelecidas foram: sangue-ar, bile amarela-fogo, bile preta-terra e fleuma-água.

A saúde seria o resultado da mistura equilibrada dos humores, enquanto a doença resultaria da sua desorganização ou desequilíbrio. Nesse sentido, até hoje, é frequente a associação entre saúde/equilíbrio e doença/desequilíbrio.

A terapêutica hipocrática buscava restaurar o equilíbrio, eliminando ou se contrapondo ao humor em excesso, procurando respostas na esfera da natureza e não no sobrenatural. Em relação às doenças endêmicas, Hipócrates as associava ao clima, solo e modo de vida (no qual estavam incluídos os exercícios e o descanso).

4 Na mitologia grega, Esculápio, filho de Apolo e Ártemis, era médico e, por isso, adorado em templos próximos a fontes de água mineral, onde sacerdotes realizavam preces e recomendavam sacrifícios aos pacientes. Alcançada a melhora, eram ofertadas reproduções das partes do corpo atingido (HEGENBERG, 1998). A Sala das Promessas, no Santuário Nacional de Nossa Senhora de Aparecida, ilustra como essa prática permanece até os nossos dias (imagens podem ser vistas em <<http://www.a12.com/santuuario-nacional/multimedia/detalhes/saladas-promessas-1>>).

5 Considerado o “Pai da Medicina”. Os escritos a ele atribuídos formaram o corpo do ensino médico, posteriormente aperfeiçoado por Galeno (131-201), até o final do século XVIII, ou seja, por mais de vinte séculos.

Rosen (1994) chama a atenção para os termos endêmico e epidêmico, presentes em uma das obras atribuídas a Hipócrates, *Ares, Águas e Lugares*, que exemplificam a preocupação com a observação empírica e com a prevenção da doença. Veja que atual!

Dois mil anos depois de Hipócrates, Paracelso (1493-1541) elaborou sua “versão química” da teoria humoral, afirmando que os líquidos corporais eram compostos de minerais em equilíbrio. Paracelso acreditava no poder de cura dos venenos (e outras substâncias), desde que na dose correta. Dessa forma, foi pioneiro ao empregar substâncias químicas para fins medicinais.

Mecanicismo e Cartesianismo

Durante a Idade Média, com o predomínio do cristianismo (pensamento religioso), a racionalidade grega declinou no ocidente, prevalecendo o teocentrismo, cuja atenção e estudos estavam focados nos assuntos divinos.

Concepções racionais só voltaram a ganhar expressividade, na Europa, a partir do Renascimento, entre o final do século XIV e meados do século XVI. Desbancando o teocentrismo, ganhou força o humanismo, voltado às necessidades humanas e aos fenômenos naturais. Marcava-se, assim, o retorno ao pensamento racional, independente do pensamento religioso e místico da Idade Média. Iniciava-se a Revolução Científica, caracterizada pela profunda modificação na forma de investigar a natureza e interpretar os fenômenos observados.

Dentro dessa nova corrente de pensamento, destacam-se os trabalhos no campo da física, desenvolvidos por Copérnico, Galileu, Kepler e Newton, entre tantos outros, os quais foram subsidiando a doutrina filosófica enunciada por René Descartes (1596-1650) e conhecida como **mecanicismo**.

O mecanicismo afirma que os fenômenos do mundo material são regidos por causas físicas e não por entes espirituais. Suas duas principais doutrinas são: o mundo é uma máquina e todo o real é físico; a redução dos fenômenos à física e de suas interações à mecânica é necessária e suficiente para conhecer e explicar o mundo e suas partes.

Outra importante contribuição desse período foi o desenvolvimento de um método para a investigação do mundo real. Proposto por

Descartes, o **método cartesiano**, como ficou conhecido, estabeleceu os seguintes passos para a investigação científica: (1) verificação – buscar evidências sobre o fenômeno ou objeto de estudo; (2) análise – dividir o objeto investigado em suas menores partes (unidades) e submetê-las a estudo; (3) síntese – agrupar as unidades em um todo; (4) conclusão – enumerar os princípios, as observações e as conclusões com a finalidade de manter a ordem do pensamento.

O mecanicismo, como forma de interpretação, e o cartesianismo, como forma de investigação, tiveram enorme influência no campo da biologia. Observando o corpo humano analogamente a uma máquina, os estudos sobre anatomia ganharam maior relevância, e a concepção humoral foi sendo substituída pela concepção de que nos órgãos (as peças da máquina) é que deveria estar localizada a doença.

Teorias dos miasmas e do contágio

De acordo com Rosen (1994), mesmo com toda a inovação nos conhecimentos que marcaram o período renascentista, não houve benefício para as condições gerais da saúde. As pestes continuaram dizimando populações e impedindo o desenvolvimento de muitas regiões. O crescimento populacional e numérico das cidades tornava ainda mais agudo o problema.

Para tentar compreender e controlar as endemias e epidemias, coexistiam duas teorias. Uma, a **teoria dos miasmas**, considerava que vapores nocivos e de mau cheiro (os miasmas ou impurezas), provenientes de exalações de pessoas e animais doentes, emanações dos pântanos, de dejetos e substâncias em decomposição, se propagavam pelo ar, provocando doenças. Por causa disso, recomendavam-se alguns cuidados para impedir a disseminação dos maus odores como forma de prevenir ou evitar as epidemias. Nas cidades maiores, o lixo, os cemitérios e os abatedouros de animais foram deslocados para fora da área urbana, de modo a controlar as fontes dos “miasmas”. Posteriormente, gases clorados passaram a ser utilizados para impedir ou retardar a decomposição de matérias orgânicas.

A teoria dos miasmas, conforme Rosen (1994, p. 212), predominou até quase o final do século XIX. Mesmo com a utilização do microscópio para a observação de materiais biológicos, no **século XVI**⁶, os “pequenos animais” observados eram considerados produtos e não a causa de doenças.

Muitas das medidas práticas, recomendadas sob a lógica da teoria dos miasmas, ainda que esta fosse equivocada, contribuíram para

6 Esse é um exemplo de como ideias preestabelecidas (paradigmas ou estilos de pensamento) dificultam ou até impedem que se imagine a realidade sob outra ótica.

melhorar as condições sanitárias das cidades europeias, reduzindo a incidência de doenças transmissíveis.

Já vimos que houve, 7
anteriormente, uma
concepção religiosa do
contágio.

A outra teoria para as epidemias, formulada por Girolamo Fracastoro (1478-1553), e conhecida como a **nova teoria do contágio**⁷, afirmava que as doenças epidêmicas resultavam da transmissão de diminutos agentes infecciosos, as seminárias (sementes), pelo contato direto pessoa a pessoa, por meio de agentes indiretos ou pelo ar. As sementes, além de se reproduzirem, poderiam alterar os humores corporais, instalando, em consequência, a infecção.

Como medida preventiva para a proliferação das epidemias, a teoria do contágio defendia medidas de isolamento, como a quarentena. Entretanto, o isolamento contrariava interesses políticos e econômicos, já que poderia implicar perdas financeiras e redução nos negócios. Essa pode ter sido uma das razões para que a teoria dos miasmas prevalecesse por tanto tempo.

Concepções biológicas

No final do século XIX, os trabalhos de Pasteur (1822-1895) revolucionaram as concepções sobre saúde/doença, com a identificação das bactérias. Conforme sua “teoria germinal das enfermidades infecciosas”, cada enfermidade infecciosa seria causada por um micróbio. Com isso, inaugurou-se uma nova concepção da doença, a **unicausalidade**: a cada doença corresponde um agente causador que, uma vez identificado, poderá ser combatido. Dessa forma, toda a atenção se voltou para o desenvolvimento de recursos que possibilitassem a descoberta da causa, bem como de medicamentos para combatê-la.

Uma vez obtidos os antibióticos, já no século XX, observou-se que a presença de um agente etiológico (vírus, bactérias, protozoários) era condição necessária, mas não suficiente para desencadear uma doença e que os indivíduos reagem diferentemente a um mesmo agente agressor. Essas observações levaram à proposição da **multicausalidade** das doenças. Entretanto, mesmo ampliando a compreensão sobre a causalidade das doenças, essa linha de pensamento tende a reafirmar unicamente as questões biológicas, escondendo a causalidade social. Nela, a influência da sociedade e do ambiente de trabalho sobre a saúde é considerada secundária.

Determinação social da doença

A expansão da industrialização ocorrida na Inglaterra, a partir do século XVIII e, principalmente, no século XIX, provocou intenso crescimento populacional em algumas cidades. As acomodações

para os trabalhadores, construídas sem qualquer planejamento, visavam “juntar o máximo de pessoas possível, o mais depressa possível, em qualquer lugar, de qualquer maneira” (ROSEN, 1999, p.157). Em tais condições, formavam-se regiões insalubres nos lugares em que florescia o sistema industrial. Surtos de “febres” (tifoide, tifo e outras) reapareceram, atingindo, com maior impacto, a população trabalhadora. A morbidade e a mortalidade, no ambiente das fábricas, eram muito altas e motivo de preocupação por representar perigo ao desenvolvimento industrial, que sofria com quebra de produtividade devido as perdas humanas.

Nessa matemática, as **informações estatísticas**⁸ ganharam importância na prevenção de doenças. Médicos designados para examinar as condições de saúde-doença em Londres, em 1838, concluíram que “o montante de despesas para tomar e manter medidas de prevenção seria menor que o custo das doenças” (ROSEN, 1999, p.163). Em seu relatório, ainda sob a ótica da teoria dos miasmas, ficava clara a **relação entre doença e ambiente sujo e insalubre**. Era preciso sanear os espaços públicos.

Em 1848, o médico e político alemão Rudolf Virchow (1821-1902) foi à região da Silésia, onde havia eclodido o que parecia ser um grande surto de “**febre tifoide**”⁹. Virchow relatou as péssimas condições de vida da população afetada (dieta precária, habitações inadequadas, profusão de piolhos e falta de higiene pessoal), apontando as **razões sociais** como causa do surto. Defendia que a saúde do povo é de interesse social e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros.

Tornava-se claro que o jeito como as pessoas vivem determina a causa e/ou a gravidade das doenças e sua morte. Era preciso mudar o jeito de viver. Entretanto, as descobertas científicas de Pasteur geraram uma tremenda euforia em relação às possibilidades de solução técnico-científica para todos os males da humanidade, desconsiderando as questões sociais envolvidas no processo saúde-doença.

De fato, o conhecimento dos agentes etiológicos, associado ao desenvolvimento de antibióticos e ao melhoramento das condições sanitárias, em meados do século XX, possibilitou o controle das doenças infecciosas. Entretanto, nos países centrais, onde a **transição epidemiológica**¹⁰ foi observada primeiramente, verificou-se que as principais causas de morbi-mortalidade deixaram de ser as infecções e passaram a ser decorrência da forma como os indivíduos daquelas sociedades estavam vivendo, fortalecendo a concepção de que a saúde é socialmente determinada. Ou seja, conjuntamente às predisposições ou determinações genéticas e fisiológicas dos indivíduos, a organização econômica, social e cultural do grupo em

8 Quase na mesma época, em 1854, John Snow (1811-1880) investigou, sistematicamente, a distribuição de mortes por cólera em uma região de Londres, concluindo pela relação entre as mortes e o grau de poluição da parte do rio Tâmsa, que abastecia cada área, embora não tivesse identificado o agente infeccioso. Por esse trabalho, é considerado um dos pais da epidemiologia que, por sua vez, é uma das bases da saúde coletiva.

9 Posteriormente, soube-se que era “febre exantemática” (na época indistinguível do tifo), provocada pela profusão de piolhos (SANTOS, 2008).

10 Trata-se da mudança nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma determinada população. Geralmente, a mudança ocorre em conjunto com outras transformações (demográficas, sociais e econômicas) relacionadas àquela população.

que se inserem apresenta relevância na determinação do estado de saúde-doença. Para Mendes (1999), a produção social da saúde pressupõe entender a saúde como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, o que significa inscrevê-la, enquanto saber, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade.

“Saúde é o estado do 11 mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

O **conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)**¹¹, de 1948, traduz essa percepção ao ampliá-lo para além da ausência da doença e relacioná-lo ao direito a uma vida plena.

Na sequência, vemos uma gravura representativa de uma linha do tempo, situando as concepções de saúde abordadas nesta lição. Observe as linhas coloridas para acompanhar os períodos em que cada concepção vigorou ou vigora.

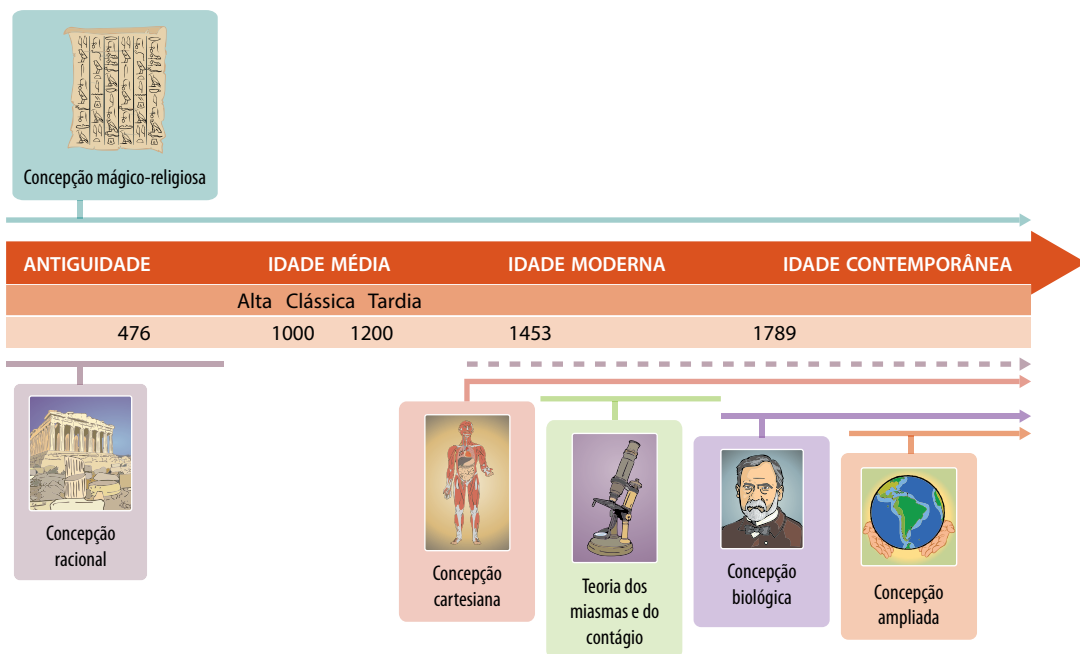


Figura 1 - Concepções de saúde no tempo.

Ambiente Virtual

Para complementar seus estudos, leia o artigo *História do conceito de saúde*, de Moacyr Scliar, publicado em 2007, na revista *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. O artigo está disponível na Biblioteca.

Falando em gestão

Em 2013, foi publicada a Resolução n. 578, do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta as atribuições técnico-gerenciais dos farmacêuticos no âmbito da assistência farmacêutica no SUS.

Conheça essa Resolução e procure ver as ações de gestão que são nossas atribuições. Veja que não são apenas operações técnicas relacionadas com os medicamentos; elas exigem competências e habilidades mais ampliadas do farmacêutico, exigem alguns requisitos para sua realização. Nas palavras de Matus, essa realização se dá por um triângulo composto por um projeto claro (o propósito, aonde se quer chegar); ter capacidade de governar (contar com diversos recursos que viabilizem as realizações); e obter a governabilidade do sistema (ter sustentação para o próprio processo de gestão e para as realizações).

Os requisitos necessários para a realização do triângulo (do processo gerencial em si) envolvem: flexibilidade, negociação, trabalho em equipe, participação real e efetiva de profissionais e de usuários no processo, escuta qualificada, estabelecimento de alianças. Essas são habilidades que os gestores precisam desenvolver no seu cotidiano, e se constituem formas de fazer o seu trabalho, atitudes adequadas para alcançar os objetivos do processo de gestão...

Fazendo uma aproximação desses requisitos com os caminhos de pensamento fundamentados nesta lição, podemos ponderar o quanto a corrente adotada pelo gestor (não apenas como discursos, mas no fundamento mesmo de sua forma de ver o mundo) vai definir o seu potencial para desenvolver seu papel de liderança na condução alicerçada, sustentável e designada ao bem comum.

Portanto, a formação do gestor que esperamos ter no SUS passa, obrigatoriamente, pela tomada de consciência sobre as diversidades e sobre a fragilidade de qualquer definição do que é “a” verdade, “o” certo ou errado.

Como fazer isso? Questionar a si mesmo, as suas verdades, as suas crenças. E praticar constantemente, diariamente, a escuta: ouvir as verdades dos outros, os anseios, as soluções; buscar compreender o seu papel e o do outro, e o de todos juntos. Enfim, praticar a gestão participativa, coletiva, plural.



Ambiente Virtual

A *Resolução n. 578/13*, do Conselho Federal de Farmácia, está disponível na Biblioteca. Acesse e confira.

Lição 2 - Modelos de atenção à saúde

Na lição anterior, vimos que há diferentes maneiras de conceber o que é saúde e o que é doença. Dependendo da concepção prevalente e dos recursos (tecnológicos, culturais, econômicos) disponíveis, cada sociedade ou grupo humano procura organizar as ações voltadas à proteção da saúde e ao tratamento da doença. O conjunto de saberes e técnicas que determinam as ações destinadas ao enfrentamento dos problemas relacionados à saúde, incluídas em serviços sistematicamente ofertados ou de caráter eventual, constitui o que se chama **atenção à saúde**, enquanto que **modelo de atenção à saúde** é a forma como está organizado esse conjunto.

Onde prevalecem concepções mágico-religiosas, a doença, considerada resultado do desequilíbrio entre o ser humano e o cosmos, é tratada por meio de rituais xamânicos, como a pajelança.

Em sociedades complexas, é comum que coexistam várias concepções de saúde, cada qual embasando distintas ações destinadas ao cuidado com a saúde. Dessa forma, um mesmo indivíduo pode recorrer a um médico, a um médium, a uma benzedeira, a um santo, a um pai-de-santo etc., em busca de amparo ou intervenção para restaurar sua saúde.

Entretanto, geralmente, há um tipo de abordagem, ancorada em uma determinada concepção de saúde, que é considerado “oficial”, ou seja, reconhecido, regulamentado e estimulado pelas instituições governamentais, tanto para o setor público, quanto para o privado. A abordagem oficialmente reconhecida determinará o modelo de atenção prevalente, o qual, por sua vez, definirá a formação profissional, os serviços de saúde, a política de saúde, e tudo o que a ela se relaciona.

A adoção de um modelo de atenção deriva da tradição (constância na utilização de determinadas práticas), da verificação de sua eficácia, da capacidade de financiamento e, muito importante, dos interesses envolvidos. Infelizmente, não podemos ignorar que o setor saúde movimenta somas vultosas de dinheiro e, em sua face econômica, pode não passar de comércio.

Nesta lição, abordaremos o modelo de atenção à saúde que se tornou prevalente, desde o século XIX. Conhecido como modelo biomédico, tem seu foco nos aspectos biológicos da doença.

As limitações e consequências desse modelo têm suscitado uma série de críticas e novas propostas de atenção à saúde, as quais partem de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e procuram

ir além dos aspectos biológicos, buscando compreender e atuar sobre as questões contextuais que determinam o estabelecimento de doenças.

Ao concluir esta etapa de estudos, você terá aprofundado conhecimentos para identificar as principais características do modelo biomédico, suas limitações e algumas alternativas a ele.

Modelo biomédico

Este modelo foi estruturado na tradição racionalista, mecanicista, cartesiana e biologicista: busca as causas naturais das doenças; observa o corpo humano analogamente a uma máquina; procura compreender o todo a partir de suas partes (as “peças” da máquina); e têm, na biologia, as explicações para as doenças.

Os estudos e as descobertas sobre anatomia patológica (Morgagni, 1682-1771 e Virchow, 1821-1902); fisiologia (Claude Bernard, 1813-1878); microbiologia (Koch, 1843-1910, e Pasteur, 1822-1895), desenvolvidos no século XIX, foram cruciais para o fortalecimento deste modelo, que associa doença à lesão, compreendida a partir dos seus aspectos biológicos, e focaliza a intervenção no corpo doente.

O desenvolvimento industrial ocorrido naquele século fazia crer que o homem, por meio do conhecimento científico e do aprimoramento tecnológico, poderia atingir o domínio total da natureza. Na mesma linha de raciocínio, acreditava-se que o aprofundamento nos aspectos biológicos das doenças permitiria erradicá-las e, uma vez ausentes, ter-se-ia a saúde. Ainda sob essa lógica, quanto mais especializado o conhecimento, mais “perfeita” seria a saúde.

Observe que esse pensamento é coerente com a concepção de “saúde como a ausência de doenças”.

Vimos, na lição anterior, que as concepções que servem de base para este modelo (concepções racionalista, mecanicista, cartesiana e biológica) foram e continuam sendo muito importantes para o conhecimento das doenças. Mas, como modelo de atenção à saúde, a biomedicina é uma boa proposta? Vamos pensar um pouco nas **consequências**¹² que este modelo traz.

12 Adaptado de Da Ros (2006).

Quando o corpo doente é visto analogamente a uma máquina com problemas, o olhar tende a se fixar nas “peças com defeito”. Entretanto, o indivíduo cujo corpo está doente é muito mais complexo do que a soma de suas partes. Esta operação matemática – a soma das partes – não é capaz de incluir toda a gama de sentimentos, sensações, emoções, vontades e medos que fazem parte do

indivíduo. Além disso, o conhecimento de biologia humana (anatomia, fisiologia, bioquímica etc.), mesmo sendo fundamental para conhecer o processo da doença, é insuficiente para compreender por que determinadas doenças prevalecem em estratos específicos de uma população. Dessa forma, focando o olhar na doença, inexistente intervenção sobre o contexto social que possibilitou o estabelecimento do problema naquele e em outros indivíduos na mesma situação. Assim, espera-se a doença se instalar ou se agravar para, então, tratá-la indefinidamente (prática conhecida como curativismo), já que a causa primeira do adoecimento permanece ignorada e, por isso, inalterada. Ao desconsiderar os aspectos contextuais que levaram o indivíduo a adoecer, a “culpa” pelo adoecimento recai sobre o próprio indivíduo. A abordagem utilizada neste modelo de atenção, olhando somente para a doença, não vê que o indivíduo portador daquela doença sofre e que o seu sofrimento requer um olhar holístico, capaz de atuar, integralmente, sobre a situação que se apresenta.

Outra questão que merece reflexão é a supervalorização do conhecimento especializado. Por um lado, essa valorização faz com que um único profissional (o médico) detenha o máximo do poder, enquanto os demais profissionais da saúde somente “orbitam” ao seu redor, empobrecendo a abordagem do problema. Há um reforço da divisão técnica e social do trabalho, fragmentando o processo do cuidado em saúde. Por outro lado, quanto mais especializado o conhecimento, maior será a exigência por um aparato tecnológico de elevado custo financeiro, tornando o cuidado com a saúde (na verdade, com a doença) muito caro. Na impossibilidade de se dispor de um elevado número de especialistas e de recursos tecnológicos, eles passam a ser concentrados em poucos locais (geralmente hospitais), gerando grandes filas de espera e dificuldades de acesso para a população. Ao mesmo tempo, o custo financeiro para a manutenção deste modelo significa rendimento para o chamado complexo médico-industrial (hospitais, exames, medicamentos, medicina altamente especializada). É quase desnecessário dizer que os interesses econômicos no campo da saúde pesam, extraordinariamente, na definição das políticas de saúde, já que o setor médico-industrial é capaz de bancar campanhas de candidatos a cargos de representação política, seduzir políticos, condicionar a conduta médica e mobilizar a opinião pública através da propaganda, matérias pagas em revistas e jornais, divulgação de resultados de pesquisas tendenciosas etc. Ao servir aos interesses da expansão capitalista, o pensamento biomédico se tornou **hegemônico**¹³.

A seguir, apresentamos, resumidamente e adaptado de Da Ros (2006) e Mendes (1999), as características negativas do modelo biomédico:

- conhecimento fragmentado, conseqüente da visão mecanicista;

13 Relativo ao conceito de hegemonia, ou hegemonia cultural, desenvolvido por Gramsci (1891 – 1937), o qual se refere a um tipo particular de dominação exercida por uma pessoa, grupo ou nação, pela imposição de seus próprios valores para a manutenção majoritária do modelo ou sistema que lhe convém. Os meios empregados não necessitam de violência explícita por atuarem na esfera da ideologia. Entre os meios empregados estão a educação, a formação de opinião (imprensa, produtos pretensamente culturais e/ou de entretenimento, como filmes, programas televisivos, reportagens etc.) e a religião.

- ênfase na doença do indivíduo, excluindo as dimensões psicológica e social de suas vidas, negando os grupos e a sociedade;
- ênfase aos aspectos curativos, privilegiando os processos de diagnóstico e terapêutica, em detrimento dos aspectos preventivos e da promoção da saúde;
- uso exacerbado da tecnologia (tecnificação) como nova forma de mediação entre as pessoas, os profissionais de saúde e a doença, valorizando o hospital como local prioritário para a atenção à saúde e respondendo aos interesses comerciais do complexo médico-industrial, com elevação dos custos para o setor saúde;
- desconsideração pelos aspectos qualitativos relativos ao processo saúde-doença e outras racionalidades, que não a científica;
- concentração de poder no médico, privilegiando só um olhar sobre as questões que se apresentam.



Reflexão

Pense nas seguintes questões:

Por que nossa formação e nossa prática estão focadas na doença, se somos profissionais “de saúde”?

Por que o hospital ainda é o local de grande procura, mesmo para tratar de situações mais simples, sendo também, frequentemente, matéria dos meios de comunicação?

Por que, ao sentir qualquer sinal de “anormalidade” no corpo, as pessoas pensam em procurar ou indicar a visita a um médico, de preferência especialista?

Por que o tempo de contato com o médico diminuiu, enquanto o número de exames, procedimentos e medicamentos aumentaram?

Para todas elas, a resposta é basicamente a mesma: porque ainda prevalece, em nosso meio, o modelo biomédico, também designado de **biomedicina**, **medicina contemporânea**¹⁴, **modelo clínico**¹⁵ ou **modelo flexneriano**¹⁶.

14 Expressões empregadas na análise de Luz e Camargo Junior sobre as racionalidades médicas (LUZ, 2000; CAMARGO JUNIOR, 2003).

15 Expressão empregada nos estudos de Mendes-Gonçalves sobre as características tecnológicas do processo de trabalho e das práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

16 Expressão que associa o modelo biomédico aos postulados contidos no Relatório Flexner, de 1910.



Reflexão

Suponha que uma criança já tenha apresentado verminose várias vezes. O exemplo prático do pensamento biomédico é considerar que o trabalho de saúde se encerra no diagnóstico, na prescrição e no fornecimento do vermífugo adequado. Sem desconsiderar a importância do medicamento como uma ação pontual, você acha que assim estaria resolvido o problema da criança?

Mais do que respostas imediatas, gostaríamos que você buscasse realizar, constantemente, esse tipo de reflexão em sua prática cotidiana.

Buscamos produzir reflexões que nos indiquem as fragilidades, limitações e contradições do modelo biomédico para dar respostas aos problemas de saúde da população.

Alternativas ao modelo biomédico

Já vimos, na lição anterior, que, no mesmo século em que florescia o entusiasmo pelo enfoque biologicista a respeito do processo saúde-doença, principalmente com as descobertas de Louis Pasteur e a teoria bacteriológica, também coexistia a compreensão de que a saúde tem estreita relação com o modo de viver e o contexto social em que se encontram os indivíduos.

O Movimento de Medicina Social, originado no século XIX e tendo como um dos seus principais representantes o médico alemão, Rudolf Virchow, denunciava “a realidade social opressora do capitalismo (a fome, a miséria, a exploração e a dominação) como ‘origem’, ‘causa’, ou ‘determinação’ da doença” (LUZ, 2004, p.132). Era o período em que a expansão da Era Industrial dava-se à custa da vida de inúmeros trabalhadores.

A primeira proposta concreta e alternativa ao modelo biomédico surgiu logo após a I Guerra Mundial. Dentro do esforço para a reconstrução do Reino Unido, o primeiro informe do recém-criado Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, datado de 1920, reconhecia que a organização da medicina se mostrava inadequada. O Informe Dawson, como ficou conhecido o documento, considerava que o

crescimento da complexidade e do custo dos tratamentos resultava em que menos pessoas tivessem condições de pagar pelos serviços, com o que, os avanços do conhecimento médico se tornavam inalcançáveis para a população. As mudanças recomendadas previam a organização dos serviços em **níveis de atenção**, identificados pelo tipo de estabelecimento/serviço oferecido, estrategicamente situado, de forma a propiciarem cobertura total aos indivíduos de uma determinada região. Os centros de saúde primários, em maior número e contando com clínicos gerais, deveriam desenvolver tanto a medicina curativa, no atendimento de indivíduos, inclusive domiciliar, quanto a preventiva, com foco nas comunidades. Para um determinado número de centros de saúde primários, haveria um centro de saúde secundário, dispondo de especialistas, e reservado aos casos de certa complexidade. Relacionados a esses dois níveis de atenção, deveriam ser disponibilizados serviços complementares, destinados aos pacientes com tuberculose, epilepsia, doenças mentais, doenças infecciosas ou com necessidade de tratamento ortopédico. Por fim, para os casos de difícil tratamento, estariam os hospitais-escola, em número menor e com maior capacidade tecnológica. Apesar da abrangência dessa proposta, a sua concepção só ganhou materialidade com o estabelecimento do Estado de Bem-estar social na Grã-Bretanha, após a Segunda Guerra Mundial. Em 1948, reconhecendo que a atenção à saúde deveria estar à disposição da população, em função de suas necessidades e não da capacidade individual de pagamento, foi criado o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS, em inglês *National Health Service*).

No mesmo ano da criação do NHS, 1948, a OMS reconhecia a relação entre condições sociais e saúde; reconhecimento que foi expresso no conceito de saúde por ela elaborado.

Ainda assim, a concepção biologicista prevaleceu absoluta até então, mesmo com as críticas que surgiam. Somente quando as doenças infectocontagiosas passaram a ser controladas, deixando de ser a principal preocupação em relação à saúde das populações, e as doenças crônico-degenerativas ganharam importância epidemiológica, a relação entre a forma de viver e o adoecimento foi se tornando cada vez mais evidente. O modelo explicativo, limitado aos aspectos biológicos, já não era suficiente, assim como, também, se mostraram inadequados os serviços de saúde, centralizados no hospital.

Internacionalmente, a crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social desembocou na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A alternativa que se apresentava ao modelo biomédico, com maior possibilidade

17 Termo empregado originalmente para se referir ao início da era industrial, quando as condições de vida e de trabalho dos assalariados eram péssimas. Hoje se refere ao domínio econômico e político determinado pelas empresas multi ou transnacionais.

18 Com esse sentido, a APS é denominada de abrangente ou ampliada. Há outras interpretações para APS. Uma delas, chamada de APS Seletiva, reduz-se à oferta de programas pontuais ínfimos e de escopo limitado, destinados somente aos estratos populacionais, financeiramente, muito desfavorecidos. Essa concepção é produto do pensamento político conhecido como neoliberalismo, o qual defende a manutenção de um Estado mínimo, ou seja, um Estado com pouquíssima ação social, mas com estímulo ao setor empresarial e baixa intervenção no mercado. Internacionalmente, esse pensamento ganhou força a partir da década de 1980, em especial com os governos de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América, e Margaret Thatcher, no Reino Unido. Há ainda autores para quem a APS é apenas um dos níveis de atenção à saúde, podendo se limitar à oferta de cuidados ambulatoriais ou funcionar como porta de entrada no sistema de saúde, caracterizando-se pela abordagem dos problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação, pela atenção centrada na pessoa no decorrer do tempo, e não na doença, além do trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

de ser adotada por grande parte dos países, buscava deslocar a centralidade do hospital, na atenção à saúde, para um nível de menor complexidade tecnológica, que fosse capaz de atuar antes da instalação ou do agravamento das doenças e que se caracterizasse pela proximidade com os indivíduos e as comunidades. No seu relatório final, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como:

[...] Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Era a alternativa idealizada como resposta ao desafio de garantir “saúde para todos até o ano 2000”.

Ainda nas décadas de 1960 e 1970, o terrível aprofundamento das desigualdades sociais nos países latino-americanos, expressas pela pobreza e miséria, levou à ampliação da consciência política de grandes setores de suas populações. Vale lembrar que esses países se encontravam submetidos a regimes militares opressivos e em mercados totalmente abertos ao **capitalismo selvagem**¹⁷.

O reconhecimento de que o contexto político era responsável pelas péssimas condições de saúde da população fortalecia a concepção embasada na determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, a luta pela saúde se somava à luta pela democracia e por um sistema político-econômico comprometido com as questões sociais. Sedimentava-se, assim, à luz da compreensão do processo saúde-doença como resultado da determinação social, a concepção da **APS como modelo assistencial**¹⁸, voltado a um sistema de saúde integral.

Essa concepção de APS, no Brasil, foi aprofundada pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), formado pela união de pensadores do meio universitário com a oposição política ao regime militar, a partir da década de 1960. O MRS desenvolveu o conceito de Saúde Coletiva e, no campo prático, representou um movimento político importante para o retorno da democracia, responsável, entre outras conquistas, pelo direito à saúde e consequente implantação do Sistema Único de Saúde.

A partir das críticas ao modelo biomédico e tendo como referência a APS, há várias propostas para a mudança do modelo de atenção à saúde. Algumas delas (ações programáticas; modelo em defesa da vida; promoção da saúde; cidades saudáveis; vigilância da saúde e saúde da família) são analisadas por Teixeira e Solla (2006).



Link

Você pode conhecer melhor as propostas analisadas por Carmen Fontes Teixeira e Jorge Pereira Solla acessando o *link*: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>.

Há mais material disponível na Biblioteca do Curso.



Ambiente Virtual

Acesse, na Biblioteca, os seguintes documentos:

- *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil*, de Eleonor Minho Conill.
- *A saúde-doença como processo social*, de Asa Cristina Laurell.

A utilização de medicamentos também é influenciada pelas diferentes compreensões do processo saúde-doença. Acompanhe a conversa mantida com a professora Clair Castilhos e use o conteúdo para organizar suas ideias sobre o tema e traduzir o significado para a realidade onde você atua.

A professora Clair Castilhos é farmacêutica bioquímica, mestre em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de Santa Catarina e ex-conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Essa figura ilustre também é membro do Conselho Diretor da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e membro do Comitê Acadêmico da Universidad Itinerante, da Rede de Saúde da Mulher Latino Americana e do Caribe. Participou do movimento sanitaria, foi dirigente do SindFar/SC e vereadora em Florianópolis, de 1983 a 1992.



Acompanhe a conversa com a professora Clair, no vídeo denominado *Entrevista Clair Castilhos*, disponibilizado na Biblioteca.

A postura que adotamos em relação ao conhecimento interfere em nossa prática de várias maneiras. Por exemplo: com frequência encontramos profissionais de saúde que negam, reinterpretam ou simplesmente ignoram as manifestações do usuário, que não sejam explicáveis pela ciência (tanto em relação à cura quanto à piora). Quantas vezes nós mesmos agimos assim? Esse é um típico comportamento positivista, que não reconhece outros saberes que não o demonstrado pela ciência. E, o que dizer da busca desenfreada de solução para os mais diversos problemas via medicamentos? Isso também resulta da crença positivista sobre o domínio técnico do homem em relação à natureza.

Ao longo das lições 1 e 2, foi comentado que há várias maneiras de se conceber a saúde e que diferentes concepções resultam em práticas distintas. Hoje, há uma determinada concepção que prevalece e determina a nossa prática, mas outras também podem estar presentes entre os profissionais da saúde, gestores públicos e mesmo entre a população. Precisamos entendê-las, reconhecer o que faz com que prevaleçam e compreender a consequência de cada uma delas, se quisermos melhorar as nossas práticas. Caso contrário, nossa intervenção sobre a realidade será feita “às cegas”.

Lição 3 - Acesso a serviços de saúde e a medicamentos

Ao final desta lição, você deve reconhecer a natureza complexa e contextual do acesso a serviços de saúde e a medicamentos.

Os medicamentos são considerados um insumo essencial para a saúde e integram as estratégias de tratamento das doenças. No Brasil e no mundo, os medicamentos são produtos hipervalorizados do ponto de vista sanitário e econômico. Essa apreciação pelos medicamentos explica, em parte, a grande demanda sobre os serviços de farmácias.



Figura 2 – Serviço de farmácia.

Fonte: Arquivo da equipe de conteudistas deste Curso.



Reflexão

E os farmacêuticos?

Em determinados momentos, os farmacêuticos veem seu trabalho dominado pela distribuição frenética de medicamentos, filas à espera de atendimento, reclamações generalizadas quando a farmácia está fechada ou quando faltam medicamentos.

Analise as cenas a seguir. Elas ilustram situações do cotidiano com as quais, talvez, você já teve que lidar.



Parece que o volume de medicamentos dispensado nunca será suficiente frente à demanda das prescrições e às pressões por mais medicamentos. Em muitos lugares, ainda é crítica a indisponibilidade de medicamentos para as doenças prevalentes. Essa condição causa frustração aos usuários e aos profissionais de saúde, e é, ainda, um grande desafio para o SUS.

Garantir que medicamentos estejam disponíveis é um esforço que mobiliza muitos recursos e profissionais. Os conteúdos do Eixo 2 - *Serviços farmacêuticos* abordarão as etapas necessárias para disponibilizar o medicamento. Contudo, apesar da complexidade dos processos envolvidos na disponibilização dos medicamentos, essa é apenas uma das faces, talvez a de maior visibilidade, do acesso a medicamentos.



Reflexão

Temos nos questionado por que os medicamentos devem estar disponíveis? Eles cumprem sua finalidade? E o que mais está envolvido no acesso?

É importante entender as causas e as concepções relacionadas ao acesso a medicamentos. Esse conhecimento nos ajuda a compreender o estado das coisas e os comportamentos observados; facilita nossa avaliação do que está acontecendo; e nos orienta sobre o que fazer para modificar a situação.

Concepções de acesso a serviços de saúde e a medicamentos



Reflexão

Acesso a quê? Vamos refletir sobre a razão de ser dos serviços de saúde, organizados em seu território de trabalho. Você já se perguntou por que eles existem e por que estão organizados da forma que você conhece?

Os serviços de saúde podem ser caracterizados como serviços ofertados a fim de promover, manter ou restaurar a saúde (STARFIELD, 2002). Embora o impacto de políticas sociais e econômicas sobre os problemas de saúde seja superior ao da existência e uso dos serviços de saúde em si, todos nós (famílias, vizinhos, amigos) valorizamos esses serviços quando estamos doentes. Queremos obtê-los na esperança de solucionar o problema de saúde.

Ao falarmos de acesso, estamos falando de acesso a cuidados de saúde, por meio de ações e serviços que tenham por objetivo ampliar as condições saudáveis de vida e sua qualidade.

Buscamos acesso a tratamentos, a serviços especializados, a hospitais, a medicamentos e a tudo mais que possa beneficiar a pessoa doente. Nessa busca, as pessoas constroem trajetórias ao longo do tempo e do sistema de saúde. O conjunto dessas trajetórias e os valores envolvidos na sua produção, podemos chamar de itinerário terapêutico.



Ambiente Virtual

Preparamos um vídeo para você compreender melhor a questão dos itinerários terapêuticos. Ao assistir a ele, registre suas impressões e reflita sobre seu conteúdo. O vídeo está disponível na Biblioteca.

Diferentes formas de conceber acesso e acessibilidade

Não existe um conceito único sobre acesso e acessibilidade. As ideias desenvolvidas mudam conforme os autores, as épocas e o contexto em que foram criadas. Vamos ver o que alguns autores já produziram para nos ajudar a delimitar melhor esses conceitos.

O médico e professor Avedis **19 Donabedian**¹⁹ definiu acessibilidade como a capacidade de ofertar serviços relevantes para as necessidades de dada população, e de facilitar o uso dos serviços pelos usuários. A adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos usuários é extremamente importante (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).
Donabedian nasceu em Beirut (Líbano), em 1919, e ganhou reconhecimento por sua atuação e por seus estudos em saúde pública.

A Figura 3, a seguir, representa as ideias de Donabedian. A oferta dos serviços de que as pessoas necessitam caracterizam essa definição de acesso.

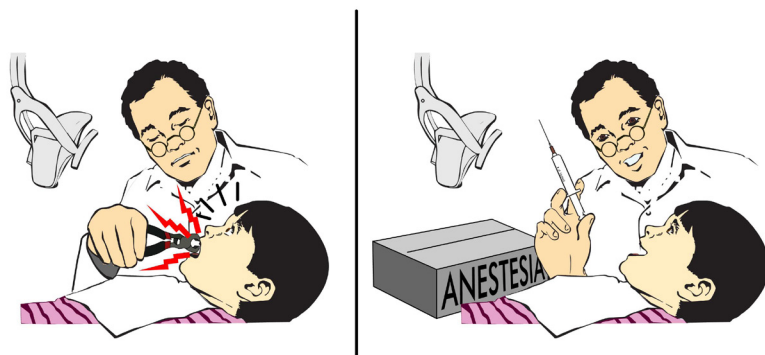


Figura 3 - Características da acessibilidade.

Julio Frenk, médico **20 Frenk**²⁰ sistematizou o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção de cuidados necessários (acessibilidade) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).
Julio Frenk, médico mexicano, nascido em 1953, foi Ministro da Saúde do México e é professor na Escola de Saúde Pública de Havard.

A ilustração, a seguir, nos ajuda a entender a concepção de Frenk sobre acessibilidade, como a relação existente entre a necessidade e a obtenção de cuidados necessários. Observe:

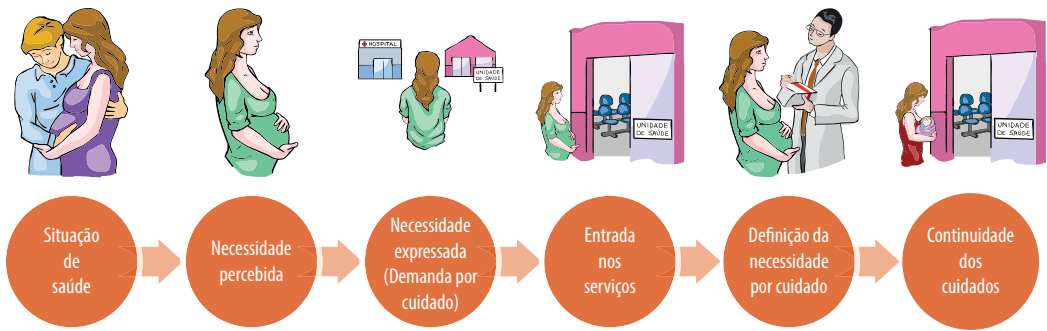
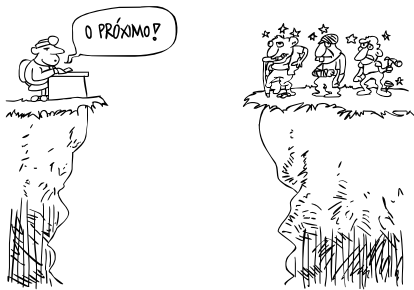


Figura 4 - Fluxo de eventos na acessibilidade.

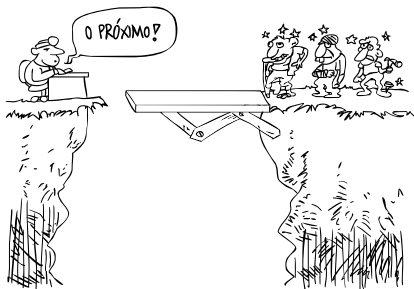
Outra ilustração nos ajuda a entender a concepção de Frenk sobre acessibilidade. Observe:

Os obstáculos para procurar e obter cuidados...



...chamado de resistência...

...e as respectivas capacidades que a população teria em superar esses obstáculos...



...chamado de poder de utilização.

Figura 5 - Capacidade de utilização dos recursos.

Fonte: Adaptado de: <http://2.bp.blogspot.com/_eK9GDgwE20w/TGsfT4C5wdI/AAAAAAAAAPE/A5YigUFPLY/S350/charge-saude-oproximo+2.JPG>

A **disponibilidade** de medicamentos é fundamental para garantir **acesso**, mas, por vezes, não é a disponibilidade que o compromete. Ou seja, as características da **oferta** ou da **utilização** pela população não seriam determinantes da acessibilidade, mas, sim, a relação entre ambas.

O *Institute of Medicine* (IOM), organização não governamental estadunidense, definiu, na década de 1990, acesso a cuidados de saúde como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obter o melhor resultado possível. Por essa concepção, existe acesso quando os recursos disponíveis são efetivamente usados no tempo adequado, e se produzem melhoras no estado de saúde.

Devemos lembrar que a **condição de saúde** é um estado complexo e que as mudanças, nesse estado, não são, exclusivamente, resultantes da **ação** de um recurso terapêutico ou do **uso** de um serviço.

Barbara Starfield, médica americana, renomada pesquisadora de serviços de saúde, distingue acesso de acessibilidade. O acesso refere-se à percepção da acessibilidade pelas pessoas e a acessibilidade às características da oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Muitos autores apontam que a forma pela qual as pessoas percebem a oferta de serviços afeta a decisão de procurar por esses serviços (lembre-se do vídeo sobre itinerários terapêuticos). Acesso pode ser definido, ainda, como o nível de “ajuste” entre o usuário (suas características, incluindo necessidades e comportamentos em saúde) e o sistema de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Ronald Andersen, médico estadunidense, propôs, inicialmente, nos anos 1960, um modelo explicativo do uso de serviços de saúde, no qual retratam-se múltiplas influências sobre o uso de serviços e o estado de saúde. O acesso a medicamentos apresenta intrincada relação com a utilização dos serviços de saúde. A seguir, vamos explorar o modelo de Andersen, para explicar o acesso a medicamentos no contexto do SUS. Esse é um modelo muito usado no entendimento do acesso a serviços de saúde, mas ainda pouco explorado para explicar o uso de medicamentos.

O modelo de Andersen sobre a utilização de serviços de saúde e o acesso a medicamentos

Este item foi elaborado com a intenção de permitir que você conheça o modelo de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen para explicar acesso, bem como para que se discuta o modelo em relação ao acesso a medicamentos. Uma adaptação desse modelo para explicar o uso de medicamentos foi proposta por Soares (2013). Analise a representação gráfica desenvolvida por Andersen.

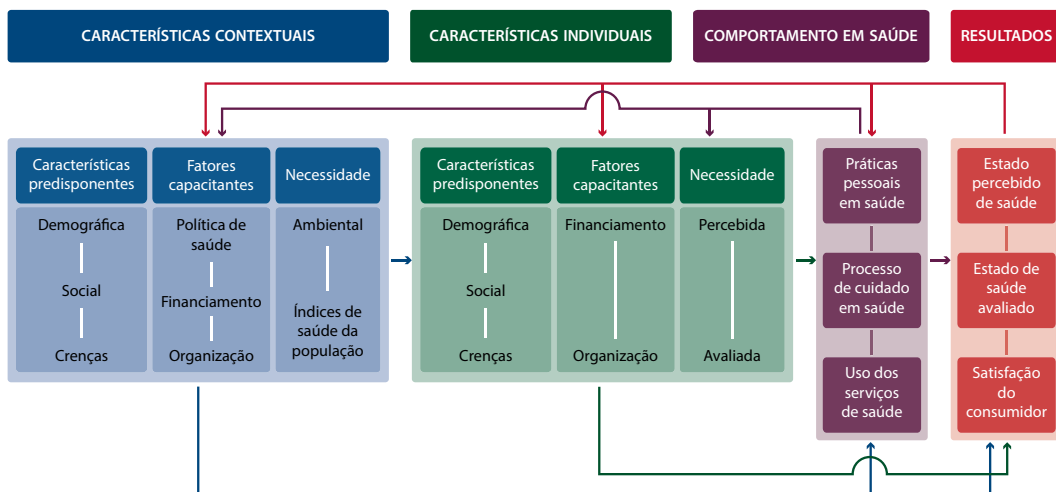


Figura 6 - Modelo de utilização de serviços de saúde.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

Este modelo é descrito em três dimensões: características contextuais, características individuais e comportamento em saúde, levando aos resultados em saúde. Para cada dimensão, vamos discutir a relação com o uso dos serviços de saúde e propor sua relação com o acesso a medicamentos.

Características contextuais

As características contextuais referem-se ao perfil da comunidade e podem ser decompostas em características predisponentes, fatores capacitantes, e necessidades que afetam o comportamento em saúde e o estado geral, e são afetados por esses domínios.

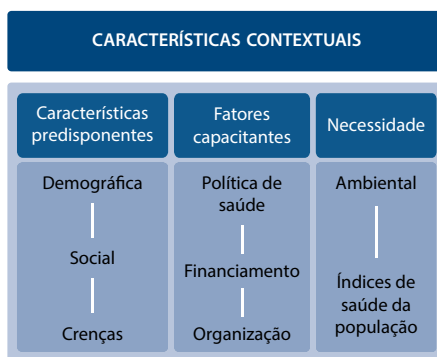


Figura 7 - Modelo de utilização de serviços de saúde – características contextuais.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

As características predisponentes podem ser demográficas, que incluem a composição de idade, gênero e estado civil de uma comunidade. Outra característica predisponente é a estrutura social, a qual corresponde ao *status* de uma pessoa na comunidade, sua habilidade para lidar com problemas de saúde e gerenciar os recursos para isso, e as condições sanitárias do ambiente físico. As crenças referem-se a valores comunitários ou organizacionais (das instituições), às normas culturais e às perspectivas políticas prevaletentes que influenciam as formas de organizar, financiar e garantir acesso à população.

Como esses fatores podem modular o acesso a medicamentos?

Veja, na Tabela 1, a relação entre o número de medicamentos prescritos e algumas características demográficas. Há uma tendência de aumento no percentual de medicamentos prescritos com o aumento da idade. Sabemos que não é apenas a idade que influencia o uso de medicamentos. Pelo modelo, podemos entender que a idade combinada a outros fatores modula esse uso.

Tabela 1 - Medicamentos (%) prescritos na consulta.

		HOMENS (N=260)	MULHERES (N=506)	TOTAL (N=766)
IDADE (ANOS)	16 a 39	55,8	63,1	61,1
	40 a 59	73,3	82,7	79,5
	60 a 88	75,6	86,5	81,9
	p	0,0013	<0,001	<0,001
ÁREA DE MORADIA	Própria UBS	67,9	76,7	73,7
	Outra UBS	74,4	68,3	70,7
	Outra área	66,7	100,0	88,9
	p	0,722	0,143	0,471
PRIMEIRA CONSULTA	Sim	62,2	57,9	59,6
	Não	70,0	78,2	75,4
	p	0,343	0,001	0,001
RAZÃO DA CONSULTA	Prevenção	34,8	44,9	41,1
	Manutenção	73,2	80,0	77,5
	Doença	79,4	82,8	81,8
	p	<0,001	<0,001	<0,001
RELATO DE DOENÇA CRÔNICA	Sim	83,6	90,6	88,2
	Não	55,8	63,2	60,7
	p	<0,001	<0,001	<0,001
AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	Excelente	20,0	38,9	32,1
	Bom	70,2	77,0	74,7
	Regular	69,4	80,0	76,7
	Ruim	100,0	57,1	70,0
	p	0,006	0,001	<0,001

Fonte: Fleith *et al.* (2008).

Entre os fatores capacitantes contextuais, o modelo salienta a influência das políticas de saúde, do financiamento das ações e dos serviços e sua organização.

As políticas de saúde se localizam na interface entre governo, sociedade e mercado, tornam públicas as intenções de atuação do governo e orientam seu planejamento (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; FLEURY; OOVERNEY, 2008). As características de financiamento descrevem os recursos potencialmente disponíveis para pagar por serviços de saúde e referem-se às fontes para fomentar esses gastos (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; UGA; PORTO, 2008). A organização envolve a quantidade e a distribuição de serviços de saúde e profissionais, e, ainda, remete a como essa oferta está estruturada. É evidente a relação desse componente com o financiamento. Acompanhe a ilustração a seguir.



Figura 8 - Características contextuais da organização dos serviços de saúde.

Aspectos da organização do sistema, a necessidade (relação com o ambiente físico) e o financiamento (componente econômico) modulam o comportamento e o estado de saúde.

Serviços e profissionais devem estar **disponíveis** onde as pessoas vivem e trabalham para que seja possível o **uso** dos serviços (ANDERSEN, 1995).

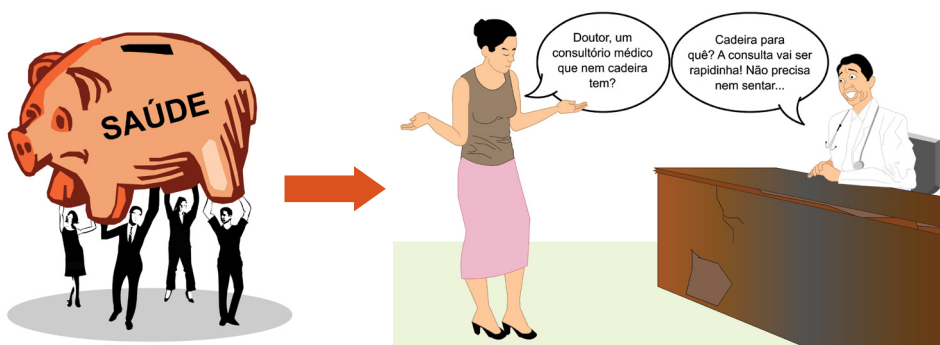
Quais políticas de saúde podem ser identificadas como fatores capacitantes para o acesso a medicamentos? Como o financiamento e a organização dos serviços têm influenciado o acesso a medicamentos? Este é apenas um exemplo:

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define, em seu artigo 2º, inciso 3º, como estratégico a “qualificação dos serviços de

assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2004).

Essa definição política orientou as diretrizes da assistência farmacêutica no Pacto de Gestão de 2006. A definição política definiu a forma de financiamento, com reflexos sobre a organização dos serviços, influenciando as formas de acesso a medicamentos. A influência política, como um fator capacitante, está envolvida na determinação do comportamento e dos resultados em saúde.

Os recursos financeiros são um fator importante para o uso, pois permitem organizar os serviços e disponibilizar medicamentos. Incluir os serviços farmacêuticos nessa organização é um desafio da gestão da assistência farmacêutica.



É a disponibilidade de recursos, que, no caso do SUS, é suportada por toda a sociedade por meio dos tributos, que permitem ao governo sustentar os serviços. A quantidade de recursos faz diferença para a qualidade.

Figura 9 - O financiamento e a organização do serviço.



Link

Em 2013, o Movimento Saúde +10 articulou a mobilização da sociedade em busca de viabilizar o incremento de recursos aportados para o SUS. Você já aderiu à campanha? Essa pode ser uma boa forma de exercer a cidadania em defesa do SUS.

Você encontrará mais informações na página do Movimento: <<http://www.saudemaisdez.org.br/>>

No vídeo “Itinerários terapêuticos”, mesmo com a disponibilidade de um serviço (farmácia), a falta de meios ou conhecimento para obtê-lo (não portar o laudo médico) inviabilizou a dispensação dos medicamentos. Se a sociedade for bem sucedida em garantir que o estado aporte mais recursos para sustentar os serviços de saúde, mais e melhores serviços poderão ser prestados. Isso pode não ser suficiente para garantir o acesso e os resultados pretendidos.

As necessidades contextuais envolvem características ambientais e sua relação com os índices de saúde da população. As características de necessidade ambiental relacionam-se ao ambiente físico, incluindo condições de moradia, qualidade da água e do ar. Essas características influenciam a morbidade e, conseqüentemente, a necessidade por medicamentos.

Características individuais

As características individuais revelam atributos particulares que levam um indivíduo a usar serviços de saúde ou medicamentos. Entre as características predisponentes, fatores demográficos, como idade e gênero, representam imperativos biológicos com implicações sociais e relacionam-se com a probabilidade de as pessoas necessitarem de serviços de saúde. O papel do indivíduo na comunidade em que vive também afeta sua capacidade de obter cuidado (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

As crenças são identificadas como atitudes, valores e conhecimentos que as pessoas têm sobre saúde e serviços de cuidados, que podem influenciar sua percepção de necessidade e o uso de serviços (ANDERSEN, 1995).

A capacidade de pagamento e a cobertura garantida de cuidados em saúde são fatores capacitantes individuais. Embora o Estado brasileiro seja responsável pela garantia do direito constitucional à saúde, na prática, muitas pessoas precisam custear consultas médicas e a aquisição de medicamentos.

A necessidade percebida é um fenômeno social e implica a significação da doença (biológica) no contexto. Estrutura social e crenças ajudam a explicar como percebemos uma necessidade em saúde (ANDERSEN, 1995).

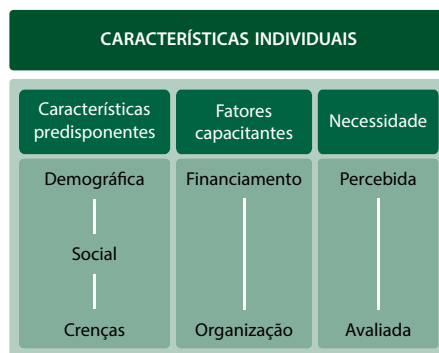


Figura 10 - Modelo de utilização de serviços de saúde – características individuais.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

A necessidade avaliada nos ajuda a entender o tipo de serviço ou tratamento provido aos usuários. Longe de ser estritamente técnica, a provisão de cuidados de saúde apresenta um componente sociocultural, destacando-se a dimensão política.

A Tabela 2 exemplifica mudanças de critério diagnóstico que alteraram a avaliação da necessidade por cuidado de pessoas com diabetes. Perceba, no trecho marcado, que a OMS considerava um determinado nível de “glicemia de jejum” como normal, em 1985, e que, em 1999, o mesmo nível já era classificado como diabetes. Essas mudanças ocorrem pela evolução dos meios diagnósticos, atualização do conhecimento epidemiológico, alterações de consensos profissionais, ou fatores como crenças, interesses políticos e econômicos.

Tabela 2 - Número de pessoas e percentuais (%) do total por glicemia de jejum e glicose de 2h, nos grupos diagnósticos da ADA-1997 e WHO-1985 e 1999, em 987 adultos, em Astúrias (Espanha).

GLICEMIA EM JEJUM		GLICOSE 2H (MMOL/L)			TOTAL
		<7,8	7,8-11,0	≥11,1	
6,1-6,9	n (%)	44 (4,4)	38 (3,8)	20 (2)	102 (10,3)
	WHO - 1985	Normal	TGD	Diabetes	ADA = GJA
	WHO - 1999	GJA	GJA + TGD	Diabetes	
7,0-7,7	n (%)	5 (0,5)	11 (1,1)	15 (1,5)	
	WHO - 1985	Normal	TGD	Diabetes	
	WHO - 1999	Diabetes	Diabetes	Diabetes	40 (4)

Os dados estão em n (%). WHO - 1985, Diagnostic criteria of the WHO (1985); WHO - 1999, diagnostic criteria of the WHO (1999); ADA - 1997, criteria of the ADA (1997) baseados, exclusivamente, em glicose em jejum. GJA: Glicose em jejum alterada; TGD: tolerância à glicose diminuída.

Fonte: fragmento de uma tabela presente em Botas *et al.* (2003).

As necessidades em saúde podem ser compreendidas como um **meio** para se alcançar um **propósito** que é valorizado/desejado por pacientes ou profissionais de saúde.

Por exemplo, para uma pessoa com asma, que tem crises frequentes, o medicamento budesonida é indicado, pois considera-se, “tecnicamente”, que esse seja o **meio** mais adequado para se alcançar a redução da frequência das crises, que é o **propósito** desejado. Considerando a dinâmica do processo de cuidado, o paciente, ao receber uma prescrição da budesonida e ao usar o medicamento, percebe que o número de crises diminuiu, e passa a valorizar esse medicamento para seu problema de asma (**necessidade percebida**); o médico avalia que os resultados obtidos com o recurso foram satisfatórios e tende a repetir a ação (**necessidade avaliada**); o sistema de saúde, baseado na opinião dos profissionais de saúde e

na satisfação de pacientes e familiares, faz da disponibilização desse medicamento uma estratégia da política de atenção à saúde.

As necessidades em saúde estão conectadas às nossas ações como profissionais de saúde e ao comportamento dos pacientes e das comunidades.

Entretanto, a definição de um medicamento como necessidade envolve um **juízo de valor** por parte do profissional. Ou seja, quando um médico define que um paciente com gastrite deve usar pantoprazol e não omeprazol, essa decisão é fundamentada não apenas por critérios **técnicos**, mas também por **crenças** e **outras influências** incidentes sobre a atuação profissional do médico.

Não devemos considerar que a necessidade em saúde é uma característica da pessoa. A necessidade é um meio para se alcançar um resultado em saúde valioso; e quem define a necessidade está sob múltiplas influências. Podemos dizer que, quando falamos de necessidade, falamos de preferências.

A **necessidade expressa** é definida pela demanda de serviços pelas pessoas. A **demand**a é uma necessidade social expressa, correspondente à **necessidade percebida** transformada em ação (BRADSHAW, 1972). Demanda por serviços de saúde corresponde à relação entre o desejo por um bem e serviço, percebidos como necessidade, e a capacidade financeira para adquiri-los. A demanda é influenciada pelos níveis cultural, educacional e social dos indivíduos e comunidades (FELDSTEIN, 2012). Trata-se de uma questão econômica de alocar **recursos escassos** entre alternativas de bens e serviços disponíveis.

O comportamento em saúde

As características da população influenciam o comportamento em saúde. O uso dos serviços é fruto da combinação de fatores sociais e individuais (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

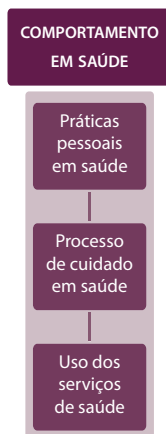


Figura 11 - Modelo de utilização de serviços de saúde – Comportamento em saúde.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

As respostas individuais (biologia humana e comportamento) interagem com a doença, influenciadas pelo patrimônio genético do indivíduo, o ambiente físico e o ambiente social (LALONDE, 1974; EVANS; STODDART, 1990).

Outras faces das práticas pessoais em saúde, o autocuidado (automedicação no caso da assistência farmacêutica) e a adesão ao tratamento são influenciados pelas crenças do usuário (representações pessoais da doença) e interagem com o sistema formal de cuidado, apresentando certa complexidade.

O uso de serviços de saúde e de medicamentos é um comportamento multideterminado. O farmacêutico, ao atuar sobre esses comportamentos, precisa considerar as influências reais, de forma a construir um serviço relevante aos usuários e para o sistema de saúde.

Analise a Tabela 3, a seguir, e reflita sobre os fatores que levam as pessoas a escolherem um tipo de serviço de saúde.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas, segundo motivo da procura e tipo de serviço de saúde procurado, segundo sexo e região urbana e rural.

MOTIVO DA PROCURA	URBANA**		RURAL**		TOTAL**	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
Exames de rotina ou prevenção	29,5	40,8	22,5	36,7	28,4	40,3
Doença	34,8	32,1	44,4	41,3	36,3	33,4
Vacinação	3,4	2,0	5,9	4,3	3,7	2,3

* Excluindo motivos de procura de serviço de saúde relacionados a parto e pré-natal (4,9% das mulheres na região urbana e 5,6% na região rural). ** p<0,01

Fonte: Pinheiro *et al.*, 2002.

Resultados em saúde

O estado de saúde percebido do usuário é influenciado por muitos dos fatores que discutimos anteriormente. Já o estado de saúde avaliado decorre do julgamento de um profissional de saúde. Um terceiro desfecho considerado é a satisfação do usuário. Analise o gráfico seguinte, em que se demonstra, na avaliação da qualidade dos serviços pelos usuários do SUS, que a distribuição de medicamentos ocupa o segundo lugar na satisfação do usuário.

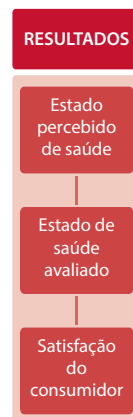


Figura 12 - Modelo de utilização de serviços de saúde – Resultados.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

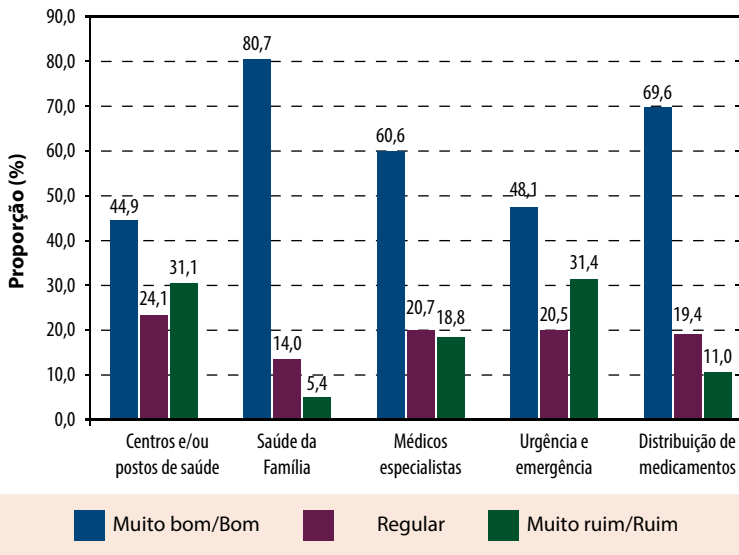


Gráfico 1 - Proporção (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, segundo utilização e tipo de serviço pesquisado.

Fonte: BRASIL, 2011.

Então, como delimitar o conceito de acesso?

O modelo de uso dos serviços de saúde nos ajuda a compreender, delimitar e diferenciar as dimensões que importam ao acesso. Os componentes do acesso podem ser sumarizados, como no esquema a seguir, a partir do que estudamos sobre o uso dos serviços de saúde.

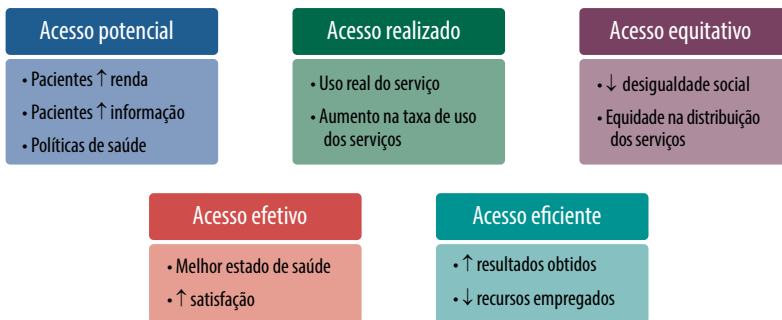


Figura 13 - Componentes de acesso.

Bermudez e colaboradores (1999, p.13), citados por Oliveira e colaboradores (2002, p.1432), definem acesso a medicamentos como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento

e no lugar requerido pelo usuário (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

A partir das definições apresentadas na lição 1 e da discussão do modelo de Andersen sobre acesso a serviços de saúde, como poderíamos definir acesso a medicamentos?

Soares (2013) realizou uma extensa revisão sobre os sentidos da expressão acesso a medicamentos, presentes na literatura, e concluiu que há uma variação muito grande naquilo que se compreende como acesso a medicamentos.

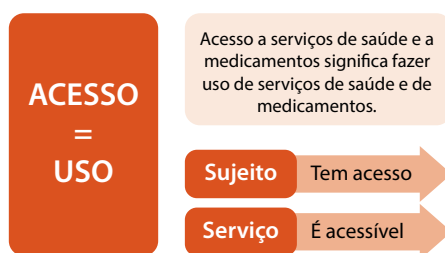


Figura 14 – Acesso como sinônimo de uso de serviços de saúde ou de medicamentos.

Analisando as obras de autores clássicos sobre acesso a serviços de saúde e acesso a medicamentos, o autor conclui que a **acessibilidade dos serviços** aos usuários corresponde às características estruturais dos serviços, e o **acesso dos usuários** aos serviços é definido em termos das características comportamentais individuais no uso dos serviços. Assim, quando analisamos o **modelo de Andersen**, estamos discutindo fatores e relações que modulam o **acesso a medicamentos**.

Ao discutir ou atuar em serviços cujo propósito é garantir o acesso a medicamentos, lembre-se de que:

- o acesso só existe quando o paciente realmente usa um serviço de saúde ou um medicamento;
- o acesso é um fenômeno complexo, que é influenciado por diversas características e fatores, como representado no modelo de Andersen;
- embora a organização dos serviços possa garantir a disponibilidade de medicamentos, ou que eles estejam disponíveis em uma unidade de saúde mais próxima do paciente, ou ainda, que estejam disponíveis gratuitamente ou a baixo custo, isso pode não ser suficiente para atingir os resultados pretendidos.

Falando em gestão

E você, colega farmacêutico, está conseguindo se ver nesse contexto? Quando nos colocamos em uma determinada situação como sujeito e não como objeto, como pessoa comprometida com o “fazer” dos serviços de saúde, estamos raciocinando como gestor. Por isso, afirmamos, desde o início, que gestão é o como conduzimos nosso trabalho para obtermos os resultados que desejamos. Podemos dizer que esta unidade trata da “essência” de nossa prática; do acesso ao insumo mais visível de nosso cotidiano como farmacêuticos. Você é/está convidado a refletir sobre a necessidade de focar sua atenção no usuário, nas pessoas em primeiro lugar. Ao olhar um papel, um formulário, uma planilha, lembrar sempre que por trás deles existe uma “pessoa doente” ou alguém com alguma necessidade de atenção, ou seja, uma pessoa portadora de direitos. Lembrar que o medicamento é muito mais do que o nome de um princípio ativo ou uma caixa/mercadoria, a qual é preciso “dar baixa” na planilha eletrônica de controle de saída e entrada. Ele é uma substância que vai produzir um determinado efeito no organismo de uma pessoa. E, como tal, ele precisa ter qualidade e estar disponível nos serviços para que o usuário tenha acesso e possa se utilizar da terapia prescrita, de forma segura. Pensar em todos esses aspectos, ao exercer suas funções de farmacêutico, é ser um gestor da assistência farmacêutica comprometido e eficiente.



Ambiente Virtual

Antes de terminar, devemos, ainda, fazer uma diferenciação importante: o uso de medicamentos que foi aqui apontado como sinônimo de acesso a medicamentos não pode ser confundido com o Uso Racional de Medicamentos. Preparamos uma reflexão a respeito, na forma de um vídeo. Sugerimos que você assista a ele agora. O vídeo está disponível na Biblioteca.

Podemos concluir com uma afirmação importante sobre o papel da gestão farmacêutica.

A gestão da assistência farmacêutica tem o desafio de garantir acesso a medicamentos e de construir serviços farmacêuticos que atendam às necessidades em saúde das pessoas no SUS.

Análise Crítica

Vimos que “saúde” é um conceito complexo e varia conforme o tempo, o contexto, os sujeitos e a sociedade, e que nossa compreensão do processo saúde-doença-cuidado influencia as escolhas que fazemos ao planejar e ofertar atenção à saúde. Nesta unidade, também foi salientada a importância de se conhecer as origens históricas dos conceitos, das práticas e instituições. Princípios enraizados entre os atores e nas instituições são frequentemente “invisíveis”, embora influenciem as definições técnicas e políticas.

O papel do medicamento, a abordagem sobre o acesso e o fazer do farmacêutico podem ser muito distintos no contexto social, de acordo com os princípios prevaletentes. Na construção de um serviço farmacêutico, precisamos ser coerentes com os princípios consagrados na constituição e que deram origem ao SUS, tendo como compromisso os resultados que contribuam para o bem-estar da população.

Referências:

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behaviour.**, v. 36, p. 1-10, mar. 1995.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. **Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States.** The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 1-28 2005. Reprinted in The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, 2005 (p.1–28).

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. **Changing the U. S. health care system: key issues in health services policy and management.** 3rd ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.

BOTAS, P.; DELGADO, E.; CASTAÑO, G. Comparison of the diagnostic criteria for diabetes mellitus, WHO-1985, ADA-1997 and WHO-1999 in the adult population of Asturias (Spain). **Diabetic Medicine**, v. 20, p. 904-908, 2003.

BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care: Essays on Current Research. G. McLachlan. London: Oxford University Press, 1972.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. **Sistema de Indicadores de Percepção Social.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA. Saúde. 2011.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: Hucitec, 2003.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física.** – v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 47-66.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing Health, Consuming HealthCare. **Soc. Sci. Med.**, v. 31, n. 12, p. 1347-63, 1990.

FELDSTEIN, P. J. The Demand for Medical Care. In: FELDSTEIN, P. J. Health Care Economics. New York: Delmar Cengage Learning, 2012.

FLEITH, V. D.; FIGUEIREDO, M. A.; FIGUEIREDO, K. F. L. R. O.; MOURA, E. C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup., p. 755-762, 2008.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HEGENBERG, L. **Doença**. Um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

KOOGAN, A.; HOUAISS, A. (Eds) **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado**. Rio de Janeiro: Delta, 1995.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M.(org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. p.181-200.

LUZ, M. T. Natural, Racional, Social. In: **Razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1429-39, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde**. Brasília, 1978.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, fev. 1981.

PINHEIRO, R. S.; VIACAÇA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1994.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/ HUCITEC, 1999.

SANTOS, M. S. **Virchow**: medicina, ciência e sociedade no seu tempo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 156 p. Parcialmente disponível em: <books.google.com.br/books?id=RM9Jr6Mz5rUC&pg=PA39&lpg=PA39&dq=silésia+febre+tifóide+virchow&source=bl&ots=3-61jAKc8g&sig=zqDdr7kl6aCRPRKgmMacZIRms9Ws&hl=pt-BR&ei=dR1UTYqQCc7TgQflnZCQCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q=sil%C3%A9sia%20febr>. Acesso em: 07 fev. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos**: modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S190-S198, 2004.

UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

UNIDADE 2

MÓDULO 2

UNIDADE 2 - SAÚDE E CIDADANIA

Ementa da Unidade

- Saúde como direito.
- Políticas sociais.
- Modelos de proteção social.
- Políticas de saúde no Brasil.
- Assistência farmacêutica e Sistema Único de Saúde.

Carga horária da unidade: 45 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender o processo de positivação do direito à saúde nos Estados Modernos.
- Identificar as possíveis respostas do Estado frente às necessidades sociais.
- Identificar os modelos de proteção social.
- Correlacionar períodos da história com as políticas de saúde no Brasil.
- Identificar diferentes sentidos atribuídos ao termo “assistência farmacêutica”.
- Reconhecer as dimensões do Sistema Único de Saúde.

Apresentação

Iniciamos esta unidade com a seguinte afirmação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

É provável que você já a conheça e saiba que ela se encontra no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Mas você já se perguntou por que e como tal afirmação foi incluída em nossa Constituição e quais consequências isso trouxe para as esferas governamentais e para a população em geral?

Todo direito tem por base certos valores e necessita de legislação específica. Mas, para que não seja somente um artifício retórico e de fato se concretize, é necessário que sejam tomadas as devidas providências para o cumprimento da lei. No caso específico da afirmação anterior, as providências dizem respeito à definição das ações e dos serviços necessários, bem como das responsabilidades para a sua execução, a qual não deve ser realizada de qualquer forma, mas, sim, com coerência com os valores envolvidos. Quando isso ocorre, os serviços passam a ser organizados e estruturados seguindo uma determinada lógica que, por sua vez, é justificada pelos valores assumidos. Teoria (concepção), legislação e organização/estruturação dos serviços formam um tripé sobre o qual se sustenta o direito à saúde. E é isso que vamos estudar nesta unidade.

Conteudistas responsáveis:

Rosana Isabel dos Santos
Luciano Soares

Conteudista de referência:

Rosana Isabel dos Santos

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO

Ninguém duvida de quão importante é ter domínio sobre o conhecimento teórico e prático para o trabalho em saúde. Talvez, por isso, o caráter tecnicista (supervalorização dos recursos tecnológicos ou dos aspectos técnicos de um trabalho, tarefa ou ofício) seja tão relevante nessa área. Entretanto, esta, como qualquer outra prática, não ocorre em um “vazio histórico e contextual”, ou seja, sempre sofre influências dos valores éticos, morais, culturais e econômicos, além dos interesses particulares ou coletivos, bem como dos conhecimentos reconhecidos como válidos em uma determinada época e sociedade. O que ocorre é que toda essa “moldura” que enquadra as ações, frequentemente, é ignorada e, com isso, a execução das ações e dos serviços é realizada tendo, no máximo, o critério técnico como parâmetro avaliativo. Questões como: “quem se beneficia com o que está sendo realizado e quem é excluído deste benefício?”; “quais interesses determinam o que é e como é executado?”; ou “o trabalho em saúde responde as maiores necessidades nacionais?” muitas vezes não são levadas em consideração, tornando acrítico o trabalho/ofício em saúde.

Em função dessas considerações, esta unidade foi elaborada com o intuito de fornecer subsídios para uma reflexão crítica de nossa prática.

Lição 1 - Saúde como direito e respostas do Estado

O direito à saúde não existe desde sempre, nem tampouco em todas as sociedades. Nesta lição, você irá acompanhar o processo pelo qual esse direito foi conquistado nas sociedades ocidentais e verá que o reconhecimento da saúde das populações, particularmente as produtivas, é considerado um elemento necessário ao desenvolvimento econômico.

Para dar andamento aos seus estudos, você compreenderá e poderá reconhecer as relações entre os modelos de proteção social e os direitos sociais, principalmente, no que se refere à saúde. Irá, também, estabelecer correlações entre os modelos de proteção social, o financiamento destinado à saúde, os serviços e os produtos disponibilizados.

O direito à saúde

O direito à saúde está vinculado à conquista dos direitos do homem e, historicamente, é produto de dois movimentos, eticamente, distintos: por um lado, o reconhecimento, por parte do Estado, da importância

estratégica em ter uma população (ou parte dela) saudável; por outro, a defesa da justiça social.

1 Chama-se mercantilismo o conjunto de práticas econômicas estabelecidas na Europa durante o período no qual o regime feudal foi suplantado por uma nova forma de organização política, os Estados Nacionais, a partir do século XIV. Essa organização se caracterizou pelo fortalecimento do poder central, por meio das monarquias nacionais, apoiadas pela nova força política e social que florescia então, a burguesia.

A ideia de que o cuidado com a população poderia ser uma estratégia para o fortalecimento do Estado surgiu durante o **mercantilismo**¹. Sobre isso, Rosen (1994, p. 92) escreveu que, se “o bem-estar da sociedade [é] idêntico ao bem-estar do Estado”, 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 a sua utilização “segundo os interesses da política pública”. Iniciaram-se, assim, por volta do século XV, algumas poucas ações do Estado em relação à saúde da população.

Os primeiros direitos conquistados pelos cidadãos, frente ao Estado, foram os civis e políticos e, só posteriormente, foram reconhecidos os direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde.

A conquista dos direitos civis e políticos, ou **direitos de primeira geração**, decorreu da defesa da liberdade como valor supremo. Os direitos civis garantem as liberdades individuais, como o direito de ir e vir, de dispor do próprio corpo; o direito à vida, à proteção igualitária, à liberdade de expressão etc. Os direitos políticos garantem às pessoas tomarem parte na vida política e na direção dos assuntos políticos de seu país.

2 Jornadas de trabalho de mais de 12 horas em fábricas insalubres, salários muito baixos, principalmente para as crianças e mulheres, sem qualquer segurança ou assistência em relação a doenças, acidentes e velhice.

Inicialmente, não eram direitos universais: somente homens que possuíssem determinada renda é que estavam contemplados; mulheres e pobres não. Essa foi uma das principais razões para os trabalhadores, que sofriam com as péssimas condições de **trabalho**², se organizarem, a partir do século XIX, para reivindicar o direito ao voto masculino e, posteriormente, à participação política, por meio da formação de partidos operários.

Também, no século XIX, surgiam as ideias socialistas e, no bojo delas, a concepção da medicina social, justificada por anseios de justiça social. Foi sob essa influência que surgiram os **direitos de segunda geração**, vinculados ao valor da igualdade, como os direitos econômicos, culturais e sociais, dentre os quais se encontra o **direito à saúde**.

Direitos de Primeira Geração

Civis: liberdade individual; liberdade de expressão, pensamento e fé; liberdade de ir e vir; o direito à propriedade; o direito de contrair contratos válidos; e o direito à justiça.

Políticos: referem-se à participação de cada indivíduo no processo político. Direito ao voto e a ser votado.

Direitos de Segunda Geração

Direitos econômicos, culturais e sociais (educação, habitação, renda, saúde).

Figura 1 – Direitos de primeira e segunda geração.



Reflexão

A intervenção do Estado em questões sociais como a saúde deve ser considerada gasto ou investimento governamental?

Um sistema público de saúde universal e equânime, em conjunto com geração de empregos, acesso à educação de qualidade, e aumento da renda média, permite a formação de uma sociedade com maior autoestima. Por sua vez, o estímulo ao consumo gera dinamicidade na economia e inclusão de setores antes à margem do modelo capitalista hegemônico, aumentando a produção e a arrecadação, o que possibilita maior investimento em políticas sociais. Isso não é neoliberalismo, embora continue sendo capitalismo.

Historicamente, diversos países, como o Canadá, a Inglaterra, a França e os países nórdicos, investiram, maciçamente, em sistemas públicos de saúde, baseados na organização a partir da atenção básica, constituindo-se fator preponderante para seu desenvolvimento humano, social e econômico. Os gastos em saúde não foram considerados despesa, mas, sim, investimento.

Discutir saúde como direito é um posicionamento político. Repare: não estamos falando de política partidária. Entende-se saúde como mola propulsora da humanidade e, como consequência, como sendo um fator estratégico para o desenvolvimento de um Estado moderno. O conceito inicial de percepção da saúde, como

determinada socialmente, faz a volta e mostra como a saúde determina, dialeticamente, o desenvolvimento econômico-social.



Ambiente Virtual

Você pode conhecer mais sobre esse assunto, acessando a Biblioteca. Lá você encontrará o *Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde*, publicado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Políticas sociais

Durante o processo de definição dos direitos civis, políticos e sociais, foi gerado o conceito de **cidadania**, com o qual se estabeleceu uma nova relação entre indivíduos e Estado. Se antes essa relação se caracterizava somente pela subserviência ou **deveres** para com o Estado, a partir de então passou a incluir os **direitos** dos primeiros em relação ao segundo.

O reconhecimento dos direitos implica que o Estado propicie os meios para a sua efetivação. Em relação aos direitos civis e políticos, que são do âmbito da atuação/participação do indivíduo na sociedade, uma vez definido e respeitado o arcabouço legal, o Estado terá cumprido o seu papel. Entretanto, os direitos de segunda geração requerem, além do arcabouço legal, a ação positiva do Estado por meio de políticas públicas.

Adotamos, aqui, a seguinte definição de políticas públicas:

Políticas Públicas são intervenções planejadas do poder público, com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes.

Essa definição é apresentada pelo Professor Di Giovanni, sociólogo e professor do Instituto de Economia da Unicamp, em seu blog “Gera Di Giovanni. Sociologia, Crítica social, Comentários e Reflexões” (DI GIOVANNI, 2008).



Link

Você pode acessar o texto *Políticas públicas e política social* no endereço:
<<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>

Dentre as políticas públicas, há aquelas cujo objetivo volta-se para o campo da proteção social. Nesse caso, são chamadas de **políticas sociais**. É importante observar que, na prática, embora as políticas possam ser classificadas em função do seu campo de decisões (economia, educação, saúde, meio ambiente etc.), precisamos compreendê-las em função de seus objetivos. Assim, é possível que uma política econômica produza efeitos sociais e vice-versa. Por exemplo, políticas econômicas que impactem sobre o custo de vida refletem, diretamente, sobre questões sociais, já políticas sociais que produzam transferência de renda ampliam a capacidade de compra de grandes segmentos da população, estimulando a economia.

Lembre que, ao se discutir políticas públicas, é necessário pensar o Estado em uma perspectiva ampliada, ou seja, o Estado como “condensação de forças”. Não se trata do governo ou governante de ocasião. Nesse sentido, o Estado inclui a sociedade, os diferentes atores sociais e os conflitos de interesse que entraram em um determinado embate, favorável ou contrariamente, e que tiveram como desfecho um produto em formação, ou seja, sempre passível de transformação, dependendo da nova correlação de forças que se estabelece a cada momento. Por isso, política pública significa “embate em torno de ideias” e é, também, o Estado em ação.

Em outras palavras, as **políticas sociais são respostas técnicas e políticas do Estado frente a problemas da sociedade**, cuja superação é necessária para a garantia dos direitos sociais.

Essas respostas podem ou não ser acompanhadas da explicitação escrita da sua intencionalidade, das diretrizes gerais e dos objetivos, como nos casos da Política de Saúde Mental ou da Política Nacional de Medicamentos. Embora a formulação escrita sirva como um documento-referência e legal, é com a institucionalização das ações que se concretiza uma Política.

Modelos de proteção social

As doenças, os acidentes, a velhice são exemplos de situações a que todos nós estamos sujeitos e que se caracterizam pela necessidade de proteção ao sujeito afetado. Cada sociedade se organiza de uma determinada forma para fornecer tal proteção: pode se constituir em obrigação da família ou do grupo social, como no caso das sociedades tradicionais; ou ser responsabilidade do Estado, como na sociedade moderna. Qualquer que seja a forma, pode-se considerá-la um sistema de proteção social.

No nosso caso, em que o Estado tem essa responsabilidade, o sistema de proteção social se efetiva através de instituições especializadas. Sua origem está em formas de proteção caritativa aos pobres, não necessariamente executadas pelo Estado. Suas feições atuais foram modeladas pelos conflitos sociais ocorridos, a partir de meados do século XIX. No século XX, foi se consolidando a ideia de que o Estado deve garantir um conjunto de bens e serviços, dentre os quais a educação e a proteção social (assistência médica, auxílio desemprego etc.), a todo indivíduo, do seu nascimento à sua morte. A ação do Estado pode ocorrer de forma direta, por meio de serviços governamentais, ou indiretamente, mediante a regulamentação estatal sobre o setor.

Os valores éticos, prevalentes em cada sociedade, conferem diferentes conotações à cidadania e se traduzem em distintas políticas sociais. Em sociedades nas quais o espírito solidário prevalece, é mais provável que as políticas sociais sejam universais. Já, em sociedades muito individualistas, as políticas sociais tendem a se limitar à conotação caritativa, e a efetivação dos direitos pode não passar da adoção de “pacotes mínimos”, destinados aos grupos mais vulneráveis (idosos, gestantes etc.). Uma tendência mais recente, em sociedades altamente consumistas e também individualistas, é a substituição dos direitos sociais pelos direitos do consumidor. Observe a diferença radical entre os dois posicionamentos:



Os direitos sociais são os que garantem bens sociais - educação, saúde, qualidade de vida - a todo e qualquer indivíduo; vinculam-se à concepção de igualdade social.



Os direitos do consumidor são privativos do sujeito que pagar por um bem de consumo.

Colocar saúde e educação como bem de consumo significa limitá-las a quem puder pagar por elas. Portanto, quem não tem dinheiro não é consumidor e, assim, estará excluído do direito.

Analisando essas possibilidades, Fleury (1997) identifica três modelos de proteção social – a assistência social, o seguro social e a seguridade social – cada qual resultante de uma concepção de Estado e, conseqüentemente, de uma diferente interpretação dos direitos sociais.

Quadro 1 - Modelos de proteção social (posicionamento quanto aos direitos sociais e ao papel do Estado) e correspondência com o tipo de cidadania.

MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL			
	ASSISTÊNCIA SOCIAL	SEGURO SOCIAL	SEGURIDADE SOCIAL
INTERPRETAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS	<p>Residual O atendimento às necessidades sociais ocorre a partir das possibilidades do mercado. A política social tem somente um caráter compensatório, emergencial ou transitório. Está orientada para aqueles que fracassaram na tentativa de solucionar suas demandas no próprio mercado. Com isso, desqualifica e penaliza os usuários dos serviços sociais.</p>	<p>Meritocrático-particularista O benefício ocorre como forma suplementar aos ganhos do trabalhador, em situações especiais (doença, invalidez, aposentadoria etc.). A política social age como um mecanismo de preservação do <i>status</i> perdido, quando o trabalhador se encontra nas situações especiais.</p>	<p>Institucional redistributivo Fundamenta-se na defesa da ação institucional, de caráter público, contemplando a garantia de bens, serviços e renda mínima a todos os cidadãos.</p>
PAPEL DO ESTADO (POSICIONAMENTO POLÍTICO PREVALENTE)	<p>Liberal O mercado é o canal natural de satisfação das demandas sociais, de acordo com os interesses e a capacidade de pagamento. Valores dominantes: liberdade, individualismo, igualdade de oportunidades.</p>	<p>Conservador O Estado sanciona o contrato, semelhante ao seguro privado, entre empregado e empregador para a obtenção dos benefícios que serão proporcionais às contribuições. Valores dominantes: solidariedade e meritocracia corporativas.</p>	<p>Social-democrata O Estado é o principal responsável pela administração e pelo financiamento do sistema. Valor: justiça distributiva. Benefícios segundo a necessidade.</p>
TIPO DE CIDADANIA	Invertida	Regulada	Universal

Fonte: FLEURY, 1997.

Embora assim classificados para fins de estudo e análise, em uma mesma sociedade, podemos ter uma combinação dos vários modelos, mesmo que um deles predomine. Nesse sentido, tomando

o Brasil como exemplo, temos, em nossa Constituição, a garantia da “seguridade social” (universalidade), em relação à saúde. Entretanto, muitas políticas sociais, inclusive para a saúde, ainda são estabelecidas com base na concepção da “assistência social” (“pacotes mínimos” aos mais necessitados). Ao mesmo tempo, a modalidade “seguro social” é a que prevalece para as aposentadorias.



Link

Assista a um vídeo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) sobre seguridade social, disponibilizado em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L0bvFJQgveg>>

Para que o Estado crie uma política pública/social (intervenção planejada) destinada a atender uma necessidade social, é preciso, em primeiro lugar, que ele a reconheça e a inclua entre suas prioridades. Uma vez reconhecida pelo Estado, a resposta que este dará à necessidade em questão, via políticas públicas/sociais, dependerá, em grande parte, do entendimento preponderante sobre a mesma.

Assim, se a necessidade diz respeito à saúde, pode-se tentar compreendê-la pelo “jeito de pensar” biomédico ou, em outro extremo, pelo “jeito de pensar” que considera a determinação social da doença.

Vimos, na unidade anterior, que o modelo biomédico focaliza os aspectos biológicos da doença. Por isso, as respostas que oferece tendem a ser pontuais e de caráter curativo. As necessidades sociais, compreendidas sob esta lógica, podem ser satisfeitas pelo Estado com programas também pontuais e voltados apenas ao aspecto curativo. Por conta disso, costumam ser fragmentadas. Por sua vez, programas pontuais e para grupos populacionais restritos podem ser mantidos por modelos de proteção dos tipos “assistência” e “seguro”, cuja manutenção costuma ser justificada por critérios econômicos: se não há recursos suficientes para todos, então a ação se restringe aos grupos mais vulneráveis (assistência social) ou beneficiam-se somente aqueles que contribuem para os serviços (seguro social). Um modelo de proteção como o da seguridade social, sendo universal, exigirá, em relação aos serviços e produtos de saúde, disponibilidade para toda a população, solução considerada, com frequência, como cara demais para o Estado suportar.

Por outro lado, uma compreensão mais complexa do processo saúde-doença exigirá mais do que respostas pontuais e curativas,

embora também as inclua. Por exemplo: uma criança com verminose e vivendo em uma região sem saneamento precisa, sim, de um vermífugo, em um primeiro momento. Mas, se somente isso for atendido, é certo que o sucesso será apenas parcial, já que o risco de ela voltar a se contaminar e necessitar novamente de medicação, reiniciando um ciclo pernicioso, perdurará. Por isso, dentro desse modelo, as soluções para os problemas de saúde podem exigir o envolvimento de outros setores, como os serviços de saneamento, planejamento urbanístico, segurança pública, educação etc., implicando uma abordagem integral. Dessa forma, exige um sistema de serviços de saúde amplo, complexo e de caráter universal.

Quanto mais democrático o Estado e quanto mais mobilizada a sociedade, maiores serão as chances de reconhecimento das demandas sociais. Além disso, é preciso considerar a capacidade operacional, os recursos e a governabilidade do Estado para agir.

Resumindo, as políticas públicas/sociais são decorrentes de um “balanço” entre aquilo de que a sociedade necessita ou deseja e as características do Estado estabelecido, aproximadamente, como representado na Figura 2, a seguir.

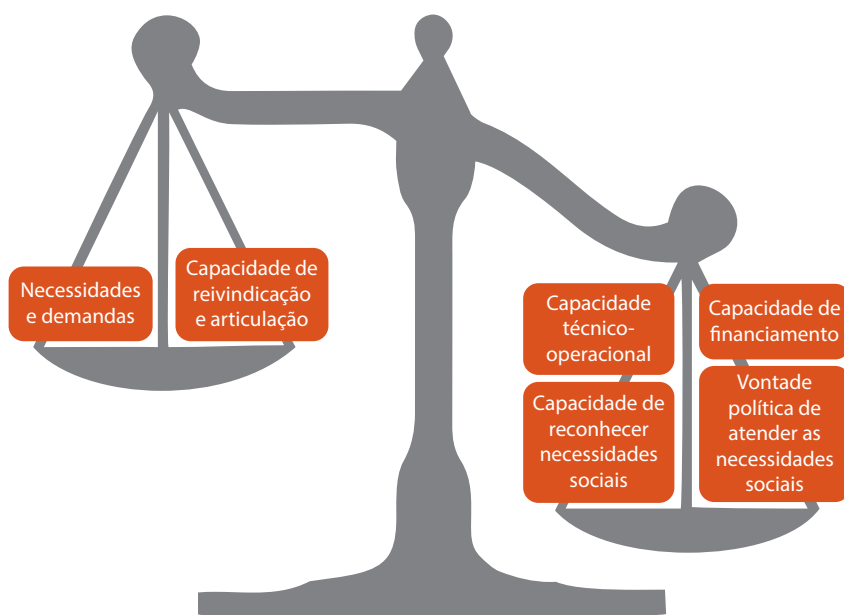


Figura 2 - Ilustração dos elementos que “pesam” na determinação das políticas sociais.



Reflexão

E com relação às políticas públicas para o acesso a medicamentos? O que é necessidade e o que é demanda? Podemos pensar que também haverá diferenças se usarmos os “óculos” de modelos baseados em concepções de saúde mais ou menos complexas?

3 Forma de olhar para os problemas da vida somente sob os parâmetros biomédicos. Exemplo: olhar para um usuário com manchas roxas, e só ver (e tratar) hematomas, sem considerar a possibilidade de que ele esteja sendo vítima de violência doméstica.

4 Tentar resolver os problemas ou dificuldades inerentes à vida, prioritariamente, com o uso de medicamentos. Exemplo: o uso abusivo de Ritalina® para “acalmar” crianças.



Reflexão

Então, cabe perguntar, quem é o maior beneficiado com um modelo desse tipo? A sociedade ou o mercado?

Considerando a saúde sob um olhar de maior complexidade, precisamos sempre avaliar, criticamente, em qual medida o medicamento é uma necessidade e participará como resposta aos problemas apresentados pela população, evitando que seu uso apenas “mascare” uma situação social precária, a qual exige outras medidas para a sua solução.

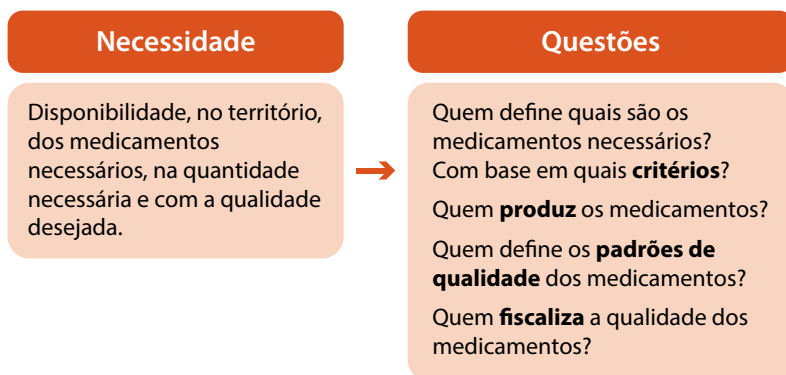
As políticas sociais, ao estimularem um ou outro modelo de atenção, estarão, automaticamente, assumindo um dos posicionamentos frente às demandas ou necessidades por medicamentos.

Problemas e questões a serem respondidas pelas políticas públicas/sociais para o acesso a medicamentos

As políticas públicas/sociais, voltadas para o acesso a medicamentos, devem dar conta de um intrincado “quebra-cabeça” que conjuga “peças” de, pelo menos, três ordens: do medicamento propriamente dito, dos serviços e do financiamento.

Em relação ao medicamento, as políticas devem garantir a disponibilidade, no território nacional, daqueles que atendam às necessidades de uma população, nas quantidades e com a qualidade adequadas. Veja, no Quadro 2, a seguir, as questões que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais.

Quadro 2 - Questões referentes ao medicamento que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas ao acesso.

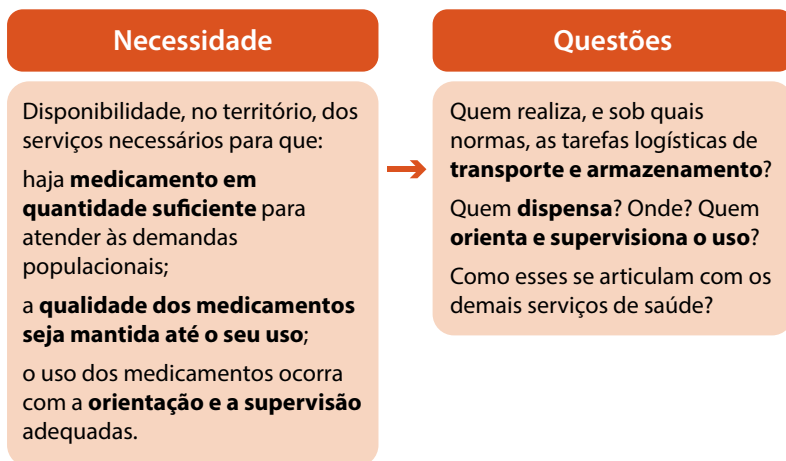


Em relação aos serviços, as políticas devem garantir que o medicamento chegue ao usuário em condições de uso, e que esse uso seja orientado e racional. Para tanto, os serviços serão de naturezas distintas:

- o primeiro deles envolve “atividades-meio”, caracterizadas como a etapa logística;
- o segundo, composto de “atividades-fim”, destina-se ao cuidado do usuário e está voltado para o uso mais adequado de medicamentos.

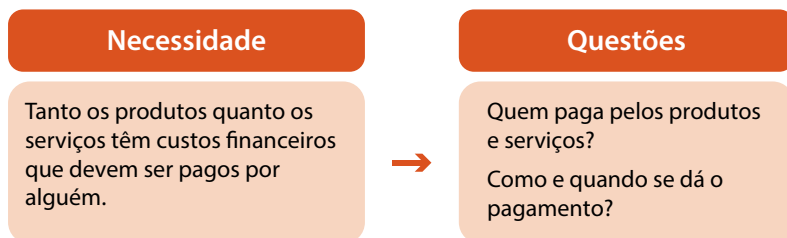
Veja, no Quadro 3, as questões que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas para o medicamento.

Quadro 3 - Questões referentes aos serviços, e que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas ao acesso.



O financiamento precisa ser ordenado tanto para o custeio do produto (medicamento), quanto das ações (serviços). Veja, no Quadro 4, as questões que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas para o medicamento.

Quadro 4 - Questões referentes ao financiamento, que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas ao acesso.



Respostas do Estado

O Estado pode responder às questões antes colocadas, via políticas públicas/sociais, assumindo diferentes papéis, como:

- agente de fomento;
- produtor de bens e prestador de serviços para a saúde; e/ou
- agente regulador.

O primeiro deles, como agente de fomento para o desenvolvimento setorial, ocorre por meio de financiamento, subsídios ou isenção fiscal, como forma de estímulo a setores considerados estratégicos para o país (como a formação profissional, o conhecimento humano, o desenvolvimento tecnológico, industrial ou comercial etc.). Por isso, o fomento ocorre em consonância com as propostas de governo de uma gestão política, via Ministérios ou, mais especificamente, de suas agências (no caso da gestão federal).

Como agente de fomento, o Estado também define quem pode ser beneficiado, sob quais condições e para qual produto (aqui, produto significa o que se espera obter: certo número de pessoas formadas, desenvolvimento do conhecimento sobre determinadas questões, desenvolvimento industrial etc.).

Até muito recentemente, as políticas de fomento para o setor saúde (ensino, pesquisa e desenvolvimento industrial) ocorriam, respectivamente, nos Ministérios da Educação (MEC), Ciência e Tecnologia (MCT) e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), sem a participação do Ministério da Saúde. Foi somente a partir de 2003 que se iniciaram as parcerias entre o Ministério da Saúde e os demais.

Como resultado, temos agora o financiamento para projetos de ensino/formação - Programa de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o nosso Curso - e pesquisa (vários editais), diretamente voltados para as necessidades do SUS; bem como temos a participação do Ministério da Saúde nas definições de fomento para a indústria da saúde.

O segundo papel que o Estado pode assumir é como executor, tanto na qualidade de produtor de bens (no caso, medicamentos), quanto na de prestador dos serviços ou cuidados ao usuário, situações nas quais arcará, também, com o papel de financiador dos custos (da produção e dos serviços).

Veja, no Quadro 5, exemplos de ações do Estado em seu papel de produtor de medicamentos, prestador de serviços (relacionados à assistência farmacêutica) e financiador do setor saúde.

Quadro 5 - Ações do Estado em seu papel de produtor de medicamentos, prestador de serviços relacionados à assistência farmacêutica e financiador do setor saúde.

Em relação aos produtos

Produz os medicamentos destinados a atender as necessidades sanitárias do país.

Em relação ao financiamento

Estabelece, em seu orçamento, os valores financeiros que serão destinados aos produtos e serviços de saúde.

Define os impostos que comporão o financiamento à saúde.

Em relação aos serviços

Executa, contrata ou convenia os serviços necessários para as tarefas de logística, como o transporte e o armazenamento dos medicamentos.

Mantém, contrata ou convenia os serviços médicos.

Mantém, contrata ou convenia os serviços farmacêuticos para a dispensação dos medicamentos, bem como para a orientação e a supervisão do seu uso.

Um excelente exemplo do Estado brasileiro como produtor de medicamentos é o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculado ao Ministério da Saúde. Farmanguinhos produz mais de um bilhão de medicamentos por ano para atender aos programas estratégicos do Governo Federal (para o tratamento da tuberculose, hanseníase e outras doenças infectocontagiosas). São medicamentos não produzidos pelas indústrias privadas, o que dimensiona, para o país, a importância vital desse Instituto.



Link

Outras informações sobre Farmanguinhos estão disponíveis em:

<www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=76>.

Farmanguinhos tem, também, uma função estratégica na regulação dos preços de alguns medicamentos, como na produção de genéricos contra a Aids. Com isso, o governo conseguiu reduzir o custo do tratamento, podendo ampliar o número de usuários atendidos e se manter como exemplo mundial no tratamento contra o HIV.



Reflexão

Há algum laboratório oficial em seu Estado? Ele cumpre alguma função estratégica?

Como exemplo de Estado executor de serviços de saúde, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual será detalhado na última lição desta unidade.

Finalmente, o Estado também pode atuar como agente regulador, isto é, aquele que define as “regras do jogo” ou que sinaliza o que pode e o que não pode ser feito, sempre tendo em vista o bem-estar da população.

A regulação disciplina condutas, práticas, contratos, oferta de produtos e serviços. São exemplos de objetos da regulação:

- a) a produção e a comercialização de produtos diretamente ligados à saúde humana (alimentos e medicamentos);
- b) as relações entre operadoras/prestadores de saúde suplementar e os beneficiários;
- c) os serviços de saúde do SUS.

No Brasil, os exemplos mais antigos de regulação, relacionada à saúde, que se têm conhecimento dizem respeito às ações de vigilância sanitária de alimentos e medicamentos. Apesar disso, somente em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária.

A regulação do setor da **saúde suplementar**⁵ é realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada no ano de 2000.

Por fim, a regulação dos serviços de saúde do SUS teve início mais **recente**⁶, mas é a que mais nos diz respeito, como trabalhadores do SUS. Basicamente, ela busca o cumprimento das responsabilidades de cada uma das esferas de governo (municipal, estadual e federal), para que o SUS:

- 5 A saúde suplementar é constituída pelas operadoras de saúde (administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, entidades que se responsabilizam pela assistência à saúde de grupos específicos, como trabalhadores de uma empresa, entidades filantrópicas, medicina de grupo e odontologia de grupo).
- 6 Motivado pela falta de qualidade no acesso a serviços de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um aplicativo, entre os anos de 1999 a 2000, denominado “Sistema de Regulação (SISREG)”, que é um *software* para o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. Posteriormente, foi elaborada e aprovada, em 2008, a Política Nacional de Regulação.

- aprimore e integre os processos de trabalho;
- garanta o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde;
- fortaleça o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e dos serviços de saúde.

Concluindo, o Estado pode atuar de várias maneiras para o acesso a medicamentos, em decorrência da concepção política predominante na sociedade. O Estado mínimo, como preconizado pelo neoliberalismo, agirá apenas como regulador. Já, um Estado protetor, além da regulação, terá uma maior intervenção custeando, produzindo e até mesmo prestando os serviços. Cada uma das ações de fomento, serviço ou regulatórias contribui com diferentes aspectos relacionados ao acesso. Por exemplo, apenas no campo regulatório, as ações vinculadas à legislação e fiscalização sobre os serviços e os produtos contribuem para a garantia da qualidade dos mesmos. De outro modo, uma ação sobre os preços impactará sobre a possibilidade de compra dos produtos e serviços; e o fornecimento destes, diretamente à população, ampliará o nível de acesso.

Na prática, tem-se, geralmente, o exercício dos diferentes papéis, em maior ou menor grau. Por isso, a combinação resultante difere em cada país. Ainda, pode-se mencionar, no contexto brasileiro, um exemplo de fomento e serviços no mesmo programa. Trata-se da **Farmácia Popular do Brasil (FPB)**, programa desenvolvido para ampliar o acesso dos cidadãos aos medicamentos para tratamento das doenças mais comuns da população. Inicialmente, o FPB contava com uma **rede própria de farmácias**⁷, em parceria com municípios e estados, sob a modalidade de subsídio. Em 2006, o Programa foi estendido a farmácias e drogarias da rede privada, identificadas como “Aqui Tem Farmácia Popular”, na modalidade de copagamento. Em 2011, com o Programa “Saúde Não Tem Preço”, os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma passaram a ser distribuídos, gratuitamente, nas farmácias e drogarias conveniadas com o Ministério da Saúde, no “Aqui Tem Farmácia Popular”.

O Governo Federal subsidia o Programa FPB, repassando, mensalmente, à entidade conveniente recursos financeiros para custeio e manutenção, e realizando, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a coordenação para a estruturação das unidades, a aquisição dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais.



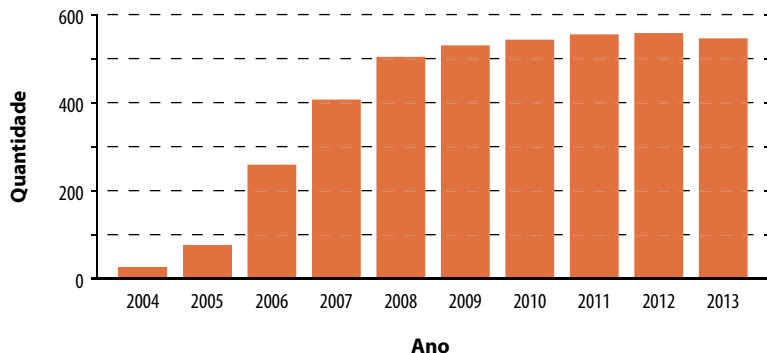
Link

No caso do copagamento, o Governo Federal paga uma parte do valor dos medicamentos (90% do valor de referência) e o cidadão paga o restante. Conheça a lista dos medicamentos disponibilizados, neste caso, em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095>.

Gráfico 1 - Crescimento no número de farmácias do Programa Farmácia Popular do Brasil até 2013.

Fonte: BRASIL, 2014.



Link

Se você quiser saber mais sobre a Farmácia Popular, vá até a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), acessando o endereço: <<http://189.28.128.178/sage/>>

Na aba Situação de Saúde, você pode acompanhar e conhecer mais os dados e indicadores de todo o país.

Lição 2 - Políticas de saúde no Brasil

Ao final desta lição, você deve ser capaz de identificar os diferentes períodos históricos da construção das políticas de saúde no Brasil e seus modelos de assistência. Também deve reconhecer o sistema de saúde como fruto de um processo histórico, em constante construção e em conexão com as formas de organização e mobilização da sociedade.

Um olhar histórico

A construção de uma política de saúde envolve aspectos políticos, sociais, econômicos, ideológicos, culturais, dentre outros, bem como diversos atores políticos (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Como estratégia para compreender melhor esse processo histórico, antes de prosseguir, sugerimos que você assista ao vídeo Políticas de Saúde no Brasil.



Assista ao documentário *Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde*, disponível no AVEA.

O desenvolvimento dos quadros, apresentados a seguir, além das referências específicas, foi baseado em Acurcio (2014) e Galvão (2014). Para organizar a estrutura dos quadros foram adotados alguns critérios analíticos propostos por Fleury e Ouverney (2008), considerados essenciais na construção e na dinâmica de gestão da política de saúde. São eles: os objetivos da política; as estratégias empregadas; e o desempenho ou efeito que tiveram. Essa é uma análise histórica não exaustiva (ou seja, não foram levantados todos os fatos, todas as perspectivas, e nem foram realizadas todas as correlações possíveis). Constituem exemplos para se compreender a dinâmica de construção das políticas de saúde e relacioná-las ao seu contexto, tendo sido organizados de forma muito resumida. As estratégias podem ser entendidas como necessidades ou meios para se alcançar os propósitos pretendidos.

Os fatos e suas relações 8 constituem um quadro complexo. Para aprofundar, sugerimos a leitura do livro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, de Giovanella e colaboradores (2012).

Ao estudar esses **exemplos e as relações apresentadas**⁸, não as considere de forma tão linear. É importante notar que existem elementos no contexto de cada época que estão relacionados aos motivos para o desenvolvimento de alguma política ou as suas consequências.

Até a metade do século XVIII, a ação do estado colonialista em relação à saúde não ia além da limpeza dos municípios e da regulação de relações comerciais. A organização de uma estrutura mínima para melhorar a condição sanitária, especialmente na capital Rio de Janeiro, em função da vinda da família real, já no século XIX, pode ser considerada um marco nas políticas de saúde no Brasil.

Quadro 6 - Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Do Império à velha República.

CONTEXTO / PROBLEMAS	OBJETIVO / PROPÓSITOS	ESTRATÉGIAS	DESEMPENHO / EFEITOS
Nasce a república no final do Séc. XIX, e o Brasil chega ao Séc. XX como um país agrário. Epidemias ameaçavam a política agroexportadora. Início da urbanização e industrialização. A questão social é tratada como caso de polícia.	Melhorar condições sanitárias para erradicar ou controlar doenças e garantir a circulação de mercadorias nas estradas e nos portos.	Programa de saneamento do Rio de Janeiro. Combate à febre amarela em São Paulo. Vacinação obrigatória antivaríola.	Revolta da vacina. Erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro. Hegemonia do modelo campanhista até os anos 60. Fabricação de produtos profiláticos para uso em massas. Lei Eloi Chaves e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

“O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual” Antônio Carlos Pacheco e Silva, Deputado Constituinte de 1934 (RODRIGUES, 2012).

Com o início da construção da infraestrutura industrial nacional e diante de uma crescente urbanização, observa-se um cenário no qual trabalhadores são submetidos a jornadas excessivas em condições ruins de trabalho, que, aliado às condições inadequadas de moradia, aumentava a carga de doença do trabalhador, reduzindo a produtividade.

Quadro 7 - Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Anos 30 a 45.

CONTEXTO / PROBLEMAS	OBJETIVO / PROPÓSITOS	ESTRATÉGIAS	DESEMPENHO / EFEITOS
Declínio da cultura cafeeira e ascensão da industrialização e urbanização tardias, com a emergência de uma classe operária. Novo momento político, com maior intervenção do Estado nas políticas públicas. Intensos movimentos reivindicatórios da ampliação de direitos sociais. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e salário mínimo.	Manter a saúde do trabalhador, importante para a cadeia produtiva emergente; e atender as reivindicações dos movimentos sociais.	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com redução da prestação de serviços assistenciais. Ênfase ao sanitário camponês em nível nacional. Institucionalização da saúde pública no Ministério da Educação e da Saúde Pública. Interiorização dos serviços de saúde.	Ampliação de direitos sociais e atendimento aos pleitos da classe trabalhadora. Auge do modelo camponês. Caráter nacional às estruturas de saúde ligadas ao Estado. Criação, em 1942, da Secretaria Especial de Saúde Pública. Desigualdade na assistência à saúde.

A saúde continua ligada à previdência social, beneficiando apenas os cidadãos que atuavam no mercado de trabalho formalizado, a partir das conquistas de alguns direitos na primeira metade do século. O sistema privado de saúde é o grande prestador de serviços, apoiado com recursos da previdência para ampliar a cobertura.

Quadro 8 - Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Anos 50 a 60.

CONTEXTO / PROBLEMAS	OBJETIVO / PROPÓSITOS	ESTRATÉGIAS	DESEMPENHO / EFEITOS
<p>Novo ciclo de desenvolvimento e industrialização. Redemocratização e constituição de inspiração liberal. Influências da seguridade social europeia pós-guerra. Desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e farmacêutica crescente. Endurecimento das condições de vida e movimento progressista por reformas.</p>	<p>Organizar, nacionalmente, serviços públicos nacionais e oferecer assistência médica individual.</p>	<p>Construção de grandes hospitais. Garantia de “... assistência sanitária, inclusive hospitalar...” na constituição de 1946. Criação do Ministério da Saúde em 1953. Crescimento dos gastos com assistência médica na previdência social. Grande investimento em assistência hospitalar.</p>	<p>Surgimento da medicina de grupo. Ampliação das ações de saúde pública. Alguns IAPs construíram hospitais próprios. Investimentos na assistência hospitalar em detrimento da atenção primária. Acesso à saúde vinculada ao trabalhador com carteira assinada. Dicotomia entre saúde pública e assistência médica.</p>

Além da falta de democracia, esse período é marcado pelo endurecimento das condições de vida, especialmente entre os mais pobres, e o aumento da desigualdade social. Paralelamente, é nesse período que se observa o surgimento e a consolidação de um movimento social que misturou a busca pelo direito humano fundamental à saúde à luta pela redemocratização. Nesse período, também, pode-se observar como os custos elevados da assistência à saúde especializada, centrada em hospitais, tornaram impraticável a manutenção do sistema, especialmente, no contexto de crises econômicas brasileira e mundial.

Quadro 9 - Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Anos 60 a 80.

CONTEXTO / PROBLEMAS	OBJETIVO / PROPÓSITOS	ESTRATÉGIAS	DESEMPENHO / EFEITOS
<p>Golpe militar de 64. Modernização da estrutura produtiva nacional e forte elevação do Produto Interno Bruto (PIB) entre 68 e 74. Desenvolvimento nacional excludente, com redução no poder de compra do salário mínimo. Concentração de renda e empobrecimento da população. Crescimento da mortalidade e morbidade. Censura à imprensa. Forte discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro. Crise financeira mundial. Movimento da Reforma Sanitária.</p>	<p>Oferecer assistência médica individual.</p>	<p>Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ampliação da cobertura previdenciária para trabalhadores rurais. Ampliação da assistência médica especializada individual. Contratação, pelo INPS, de serviços privados, com o desenvolvimento de política de convênios. Construção de clínicas e hospitais privados, financiada pela Previdência Social. Retirada da disciplina Química Farmacêutica dos currículos de graduação em Farmácia. Regulamentação das farmácias como comércio de medicamentos. Criação da Central de Medicamentos (CEME).</p>	<p>Redução de verbas destinadas ao Ministério da Saúde (chegou a menos de 1% dos recursos da União). Política de desenvolvimento do complexo médico-industrial. Indústria farmacêutica multinacional com a presença do farmacêutico brasileiro restrita à produção e controle da qualidade de medicamentos. Hegemonia de um sistema de atenção médica de massa. Proliferação do comércio farmacêutico. Surgimento e crescimento de um setor empresarial de serviços médicos. Ensino médico voltado às especialidades e à sofisticação tecnológica. Crise financeira do INPS ao final da década de 70, com aumento dos gastos e das demandas.</p>

A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Dotada de grande representatividade social, mesmo na presença dos prestadores de serviços privados de saúde, a 8ª Conferência passou a significar, por meio de seu relatório final, a consolidação das propostas do Movimento Sanitário (GERSCHMAN, 1995; ESCOREL, 1998; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Quadro 10 - Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – A nova República.

CONTEXTO / PROBLEMAS	OBJETIVO / PROPÓSITOS	ESTRATÉGIAS	DESEMPENHO / EFEITOS
<p>Grave crise econômica no Brasil e no mundo. Avanço dos projetos neoliberais nos países centrais. Elevada desigualdade social. Moratória da dívida externa. Crise da previdência. Redemocratização por eleições indiretas. Repercussão dos princípios da atenção primária de Alma-Ata (cidade russa onde foi realizada a conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978).</p>	<p>Garantir acesso universal a serviços de saúde, com base nos princípios da atenção primária à saúde.</p>	<p>Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia racionalizadora de recursos. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Constituição de 1988.</p>	<p>Reconhecimento da saúde como direito humano universal aos brasileiros. Universalização do acesso e descentralização das ações.</p>



Para saber um pouco mais sobre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, você pode acessar, na Biblioteca, o discurso de abertura feito por Sérgio Arouca.

Um fato marcante da Conferência foi garantir, na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde fosse um direito do cidadão e um dever do Estado. Ou seja, a construção do sistema de saúde é dinâmica e, mesmo agora, fazendo este Curso, você é um ator nessa trajetória. Compreender o que aconteceu e como isso se relaciona aos interesses e às contradições existentes em cada tempo histórico nos ajuda a entender que diversos interesses relacionam-se, dinamicamente, à construção do SUS. Nesse contexto político complexo, os farmacêuticos devem posicionar a gestão da assistência farmacêutica, como um elemento relevante na garantia de acesso a serviços de saúde necessários e democráticos.

Lição 3 - A Assistência Farmacêutica e o Sistema Único de Saúde

A essa altura do Curso, você já deve ter percebido que, para cada termo-chave ou conceito que empregamos, há sempre mais de uma interpretação, e que cada interpretação é fruto de um contexto (histórico, político ou cultural) distinto ou de uma corrente de pensamento, com a qual é possível associar uma determinada forma de conceber, interpretar e atuar no mundo e nas relações nele existentes. Vimos isso em relação aos conceitos de saúde, atenção à saúde, modelos de atenção à saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) etc. O mesmo é válido para os termos “gestão”, “política” e tantos outros. Veremos, agora, que “assistência farmacêutica” é um termo que foi, e ainda é, empregado para diferentes finalidades. Nesse sentido, a primeira parte desta lição tem como objetivo que você reconheça os diferentes usos deste termo no contexto brasileiro e, em particular, compreenda o seu significado no contexto do Sistema Único de Saúde.

Em seguida, vamos abordar o SUS por meio das múltiplas facetas que o compõem, aqui chamadas de dimensões, correlacionando-as à assistência farmacêutica. O objetivo é que, ao final desta lição, você seja capaz de compreender a inserção da assistência no SUS, identificando possibilidades de intervenção em seu território de atuação.

Assistência Farmacêutica

Se você começou a trabalhar no SUS recentemente, talvez, nem tenha percebido o quanto as discussões, as ações e as resoluções em torno da assistência farmacêutica têm se tornado cada vez mais presentes nas esferas de gestão do SUS, bem como nos meios acadêmico e jurídico. Se você já tem alguns anos nesse trabalho, com certeza, deve ter observado isso ou mesmo participado de algumas discussões.



Reflexão

Mas, será que sempre que se fala em “assistência farmacêutica” se está “falando da mesma coisa”? Pode-se fazer uma analogia entre assistência farmacêutica e assistência médica ou assistência odontológica? Assistência farmacêutica e atenção farmacêutica são sinônimos? Quando um candidato a um cargo político diz que vai ampliar a “assistência farmacêutica”, se eleito, o que ele realmente está prometendo? Mais medicamentos, mais e/ou melhores serviços relacionados à logística para a entrega de medicamentos, mais e/ou melhores serviços relacionados à prescrição, dispensação e supervisão do uso de medicamentos? E você? Está seguro quanto ao significado de assistência farmacêutica?

A seguir, são apresentados e comentados alguns exemplos fictícios, mas baseados em notícias reais, nos quais o termo “assistência farmacêutica” é empregado. Observe-os, avalie os comentários que os seguem, e reflita se você emprega a expressão com a mesma finalidade.

Exemplo 1

Justiça determina que sejam fornecidos medicamentos aos portadores de (...), justificando que a *assistência farmacêutica* gratuita, prestada pelo Poder Público é direito à saúde e não pode estar condicionada a conveniências administrativas ou à burocracia do Estado.

Esse é um exemplo que se tornou comum nos últimos anos; trata-se da ação do Poder Judiciário frente ao Poder Executivo, na efetivação de um direito social, no fenômeno da “**judicialização da saúde**”⁹.

9 Essa expressão tem sido utilizada em referência à intervenção do Poder Judiciário na determinação do fornecimento, pelo Estado, de serviços e produtos destinados à saúde, para indivíduos, independentemente das políticas públicas com esse fim.

Quando o Judiciário decide somente com base na afirmação do direito à saúde, ignorando as políticas sociais e econômicas já estabelecidas, ele interfere nessas, sobrepondo-se aos outros dois poderes, o Legislativo e o Executivo.

É claro que, em algumas situações, quando o Estado é omissivo, cabem recursos dessa natureza. Entretanto, conforme afirmações de Marques e Dallari (2007, p.105),

as decisões judiciais vêm influenciando na função de tomada de decisões coletivas com base nas necessidades individuais dos autores. Tais ações ainda podem acobertar os interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas inacessíveis financeiramente aos autores.

Mas, aqui, queremos chamar a atenção para outro aspecto da notícia: a **assistência farmacêutica** como o simples **fornecimento de medicamentos pelo setor governamental**.

Nas últimas décadas, principalmente nos meios da gestão pública e do direito, tem sido comum encontrar esse posicionamento, o qual decorre de uma visão reduzida de que o medicamento, independente de um “contexto de serviços”, é suficiente para resolver problemas de saúde. Compare com o exemplo a seguir.

Exemplo 2

Secretário de Saúde diz que serão investidos cinco milhões de reais em **assistência farmacêutica** e afirma que esse dinheiro será suficiente para manter o **abastecimento de medicamentos** na rede pública.

Novamente, vemos um exemplo em que **assistência farmacêutica** se resume a **medicamentos**.

A diferença deste segundo exemplo para o anterior é que “abastecer” a rede pública não é o mesmo que “fornecer” medicamentos. Para abastecer, é necessário adquirir, distribuir entre as unidades e estocar. Já, para fornecer, além das etapas anteriores, é necessário incluir mais uma, a qual pressupõe alguma interface com o usuário.

Nos dois casos, não há manifestação de preocupação com todas as questões técnicas que envolvem uma dispensação de medicamentos de qualidade e em conformidade com o que é preconizado pelo uso racional de medicamentos.

Infelizmente, essa interpretação simplista da assistência farmacêutica ainda é muito frequente na gestão pública. Os farmacêuticos que atuam em grande parte das secretarias municipais e estaduais sabem da dificuldade para sensibilizarem seus gestores sobre a importância dos vários serviços e das várias ações necessários à garantia do acesso a medicamentos de qualidade. Além disso, essa posição também serve a discursos politiquieiros que, de certa forma, tentam “comprar” o eleitor em troca da promessa ou mesmo do próprio fornecimento de medicamentos.

Exemplo 3



O **ciclo da assistência farmacêutica** compreende a seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a utilização dos medicamentos (incluindo, neste caso, a prescrição e a dispensação).

Essa e outras representações semelhantes resultam de tentativas para se equacionar, de forma racional e tecnicamente aceitável, as necessidades essenciais de medicamentos para uma determinada população. No final dos anos 1980 e primeira década de 2000, praticamente inexistiam condições (humanas, estruturais, financeiras e operacionais) para a dispensação de medicamentos nos serviços públicos de saúde. Por isso, grande ênfase foi dada às ações logísticas (programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos), fazendo com que a centralidade da assistência farmacêutica ficasse no medicamento.

Devemos nos lembrar de que um medicamento só se justifica pela utilidade que ele pode vir a ter para uma pessoa. Esta pessoa é a finalidade do trabalho farmacêutico. Mas isso não significa que as etapas logísticas tenham menor valor.



Reflexão

Imagine você dispensando e acompanhando o uso de um medicamento de baixa qualidade ou que se deteriorou em função das más condições de armazenagem. De que terá validade um diagnóstico preciso, uma escolha terapêutica farmacológica adequada, uma dispensação efetuada com todos os cuidados para que o uso do produto seja seguido corretamente, se o medicamento dispensado não tem qualidade? E os riscos a que o usuário estará sendo submetido?

As tarefas logísticas ocorrem adequadamente nos serviços de saúde de seu município? Como são as condições para a dispensação de medicamentos? Qual percentual de seu tempo é dedicado para as questões logísticas e para a dispensação?

Exemplo 4

Projeto para a implantação da **assistência farmacêutica** no município (...) prevê **serviços que garantam a qualidade dos medicamentos**, os quais deverão ser **dispensados** conforme as necessidades dos usuários, nas doses prescritas, nas quantidades suficientes ao tratamento e acompanhados das informações mínimas para que o seu uso seja correto.

Com base nas “Boas 10 Práticas em Farmácia”, aprovadas pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2001), a dispensação é o “ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não”. Na orientação, o farmacêutico deve fornecer toda informação pertinente ao uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos, de acordo com as necessidades individuais do usuário.

Você percebeu a diferença? Nesse exemplo não se fala simplesmente em “abastecimento” ou “fornecimento” e, ainda que o objeto seja o medicamento, a finalidade ou o objetivo é o atendimento da necessidade de uma pessoa. Fala-se em “serviços que garantam a qualidade do medicamento” e “**dispensação**¹⁰” que, em sua própria definição, está associada ao serviço farmacêutico diretamente dirigido ao usuário.

Entenda-se, portanto, a **Assistência farmacêutica** como o **conjunto de ações necessárias** para que a população disponha de medicamentos de qualidade, nas quantidades e no momento em que for necessário, com a devida orientação para que faça, adequadamente, o seu uso.

Exemplo 5

Nas farmácias da Rede (...) você conta com os melhores preços, além de farmacêuticos preparados para lhe prestar **assistência farmacêutica**.

Venha às farmácias da Rede (...) e confira você mesmo a **atenção farmacêutica**.



Reflexão

Assistência Farmacêutica ou **Atenção Farmacêutica**, qual a diferença?

É frequente haver confusão entre esses dois termos, com o emprego de um quando deveria ser o outro e vice-versa, além de usos completamente despropositados, como no exemplo anterior, no qual, provavelmente, ambos são utilizados como sinônimos e com o sentido de bom atendimento.

Até o início do século XX, a expressão **assistência farmacêutica**, de forma equivalente à assistência médica, foi empregada para designar o **serviço do profissional farmacêutico junto à população**. Entretanto, a partir das décadas de 1920/30, quando da introdução dos medicamentos industrializados no mercado brasileiro, a profissão farmacêutica ingressou em um longo período de desvalorização, e o trabalho do farmacêutico foi se distanciando do cuidado à saúde. Com isso, o termo “assistência farmacêutica” foi sendo esvaziado de seu sentido anterior. Até a **década de 1980**¹¹, portanto antes da criação do SUS, o termo assistência farmacêutica esteve associado ao **fornecimento governamental de medicamentos**, como no Exemplo 1, com o detalhe de ser restrito à população carente. Por analogia à expressão “Atenção Primária à Saúde Seletiva” (APS resumida a programas pontuais para grupos populacionais economicamente desfavorecidos, conforme abordado na lição 2 da unidade 1 - *O processo saúde-doença-cuidado* deste Módulo), poderíamos dizer que se tratava de uma Assistência Farmacêutica Seletiva.

11 Período no qual o ensino e o exercício farmacêuticos se encontravam predominantemente voltados às análises clínicas ou, em menor escala, à produção industrial de medicamentos.

Com a afirmação do direito universal à saúde, na Constituição de 1988; o reconhecimento do papel dos medicamentos na atenção à saúde; o impacto disto sobre os gastos com saúde; e o movimento de profissionais farmacêuticos, no sentido de fortalecer o seu trabalho dentro das equipes de saúde, a Assistência Farmacêutica vem

ganhando uma significação mais ampla, contemplando aspectos apresentados nos Exemplos 3 e 4, ou seja, as atividades logísticas e os demais serviços voltados à garantia de acesso a medicamentos de qualidade, bem como ao uso racional.

Atenção farmacêutica é o termo que tem sido usado, em língua portuguesa, para a expressão inglesa “Pharmaceutical Care”, a qual, por sua vez, foi originalmente empregada por Hepler e Strand (1989) para descrever a provisão responsável da terapia medicamentosa, pelo farmacêutico, com o propósito de atingir resultados consistentes que melhorem a qualidade de vida de um usuário. Os resultados consistentes são a cura de uma doença; a eliminação ou a redução da sintomatologia de um usuário; a interrupção ou a redução no curso de uma doença; ou a prevenção de uma doença ou sintomatologia.

A Farmácia Clínica resultou de um movimento da década de 1960, promovido por farmacêuticos norte-americanos, no contexto hospitalar. Buscava colocar este profissional como elemento de ligação entre o médico (e o diagnóstico), os resultados laboratoriais e o usuário, particularmente no que diz respeito à informação sobre a medicação. Estabelecendo metas, conjuntamente com o usuário e com o médico, o farmacêutico atuaria monitorando as respostas do paciente à terapia farmacológica.

A expressão, literalmente usada, foi “farmácia comunitária” (*community pharmacy*). Consideramos, entretanto, essa expressão inadequada para a realidade brasileira, na qual os estabelecimentos farmacêuticos são mais bem caracterizados como “comerciais”.

12 Em outras palavras, pode-se dizer que esses autores propuseram a adoção dos preceitos da “**Farmácia Clínica**”¹² para o âmbito das **farmácias comerciais**¹³.

Observa-se que tem havido muita discussão acerca da metodologia e mesmo do conceito mais adequado à atenção farmacêutica, particularmente na Espanha. De todos os modos, por diferentes que sejam os conceitos e as metodologias adotadas, a essência é semelhante: buscar o melhor tratamento e realizar o seu acompanhamento, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de um indivíduo. Além disso, a atenção farmacêutica, por contribuir com um dos grandes objetivos da assistência farmacêutica – o uso racional dos medicamentos – encontra-se inserida nesta, como um de seus elementos.

Note que o trabalho de atenção farmacêutica não é o mesmo realizado, rotineiramente, na dispensação; ambos pressupõem o repasse de informações e orientações quanto ao uso dos medicamentos dispensados, mas, na atenção farmacêutica, o nível de detalhamento é muito maior, tanto na coleta de informações junto ao paciente, quanto nas orientações a ele dirigidas. A breve conversação com o usuário durante a dispensação pode, inclusive, indicar a necessidade de incluí-lo no trabalho sob a lógica e a metodologia da atenção farmacêutica.

Observe, também, que, por ser um serviço dirigido diretamente ao usuário, a atenção farmacêutica apresenta certa equivalência à “assistência” de outras profissões (médica, odontológica, psicológica etc.), sendo essa, provavelmente, uma das razões para as já mencionadas confusões, já que, para os demais profissionais da saúde, assistência e atenção têm significados opostos aos empregados na área farmacêutica.

Começaremos pela área de maior amplitude, a saúde, dentro da qual se inserem assistência e atenção farmacêutica. Para isso, recorreremos aos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**¹⁴ que apresentam **atenção à saúde** (descriptor, na língua portuguesa, correspondente a “Health Care (Public Health)” e “Atención a la Salud” para o inglês e o espanhol, respectivamente), como:

todo o **conjunto de ações**, em todos os níveis de governo, para o **atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais**, compreendendo três grandes campos: 1. da assistência; 2. das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. das políticas externas no setor saúde. (NOB/96¹⁵) (grifo nosso).

Veja que atenção à saúde é um conjunto de ações que visam a melhoria do estado de saúde de indivíduos e populações, enquanto que atenção farmacêutica dirige-se a um indivíduo em particular, em um trabalho de “personalização” do tratamento.

Já, assistência, na área da saúde, geralmente se refere ao cuidado direto com um indivíduo, enquanto que assistência farmacêutica é um conjunto de ações que visam o acesso e o uso racional de medicamentos.

No Quadro 11, procuramos resumir essa discussão, acompanhe!

Quadro 11 - Diferenças entre os termos “atenção” e “assistência” quando empregados na saúde e, especificamente, em questões farmacêuticas.

Área da Saúde em Geral	Atenção à saúde: Todo o conjunto de ações de saúde governamentais, voltadas para a área da saúde.	Assistência: Cuidado diretamente dirigido ao usuário. Um dos elementos da atenção à saúde.
	Assistência Farmacêutica: Conjunto de serviços e de ações voltadas ao acesso e uso racional de medicamentos.	Atenção Farmacêutica: Cuidado diretamente dirigido ao usuário. Um dos elementos da assistência farmacêutica.

14 Um descriptor é uma espécie de palavra-chave, a partir da qual se classifica uma informação, possibilitando, posteriormente, que se efetue a busca do conjunto de informações a respeito, na literatura da área. O DeCS foi desenvolvido pela BIREME, Centro Especializado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, para a cooperação técnica em informação e comunicação científica em saúde na Região das Américas.

15 Refere-se à “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde”, publicada no Diário Oficial da União, em 6 de novembro de 1996.

Exemplo 6

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) apresenta a seguinte descrição para Assistência Farmacêutica:

a 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 o seu uso racional. Esse 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 (BRASIL, 2004).

Essa descrição costuma ser referida como o “conceito oficial” de Assistência Farmacêutica.

Observe que o enunciado contido na PNAF é claro ao afirmar que o objetivo do “conjunto de ações” relacionadas ao medicamento é “o acesso e o seu uso racional”. Isso significa que a centralidade de toda a assistência farmacêutica está no usuário que dela necessitar e, portanto, as ações logísticas não são um fim em si e só se justificam quando atendem a esse objetivo. Pode parecer um detalhe óbvio, mas não é. Aqueles que estão envolvidos com as ações logísticas sabem o quanto de trabalho e investimento (financeiro e humano) elas demandam para ocorrerem dentro de certa normalidade. Suas exigências e dificuldades podem obscurecer a finalidade maior a que se destinam, consumindo totalmente a capacidade de trabalho farmacêutico e fazendo parecer que este é sinônimo e está limitado à logística dos medicamentos. Por isso, o salto do trabalho logístico para o trabalho voltado ao usuário é gigantesco, até porque este último não exclui o primeiro; ao contrário: é preciso ter uma logística de muito boa qualidade operando conjuntamente.

Adicionalmente, ainda vivemos, no Brasil, sob a forte tradição de formação farmacêutica voltada para o medicamento e não temos um modelo consolidado de trabalho voltado ao usuário. Para que o usuário se torne o centro do trabalho farmacêutico, será necessário operar uma transformação em nosso pensamento, em nossas práticas e preocupações.



Reflexão

Embora a descrição contida na PNAF seja mais abrangente que as apresentadas nos exemplos anteriores, ela ainda necessita ser aprofundada. Nas lições anteriores, vimos que há uma correspondência entre a forma de pensar a saúde (concepção) e o modelo de atenção à saúde.

Você acha que a afirmação “a assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações (...) que visam o acesso e o uso racional de medicamentos” é suficiente para delinear como deve ocorrer sua inserção em um dado modelo de atenção à saúde?

Sistema Único de Saúde - SUS

O SUS é um complexo sistema que reúne as três esferas de governo (União, estados e municípios), sem ordem hierárquica, mas com definição das atribuições. A sua gestão é composta por um conjunto de práticas de diferentes naturezas: da definição e condução política à execução tecno-assistencial da atenção à saúde, passando pelo seu monitoramento, sua avaliação, auditoria, vigilância e seu controle, inclusive pela sociedade. Todo esse conjunto deve, permanentemente, estar permeado por princípios éticos.

Para que tudo isso ocorra há um ordenamento jurídico (leis e regulamentações aprovadas e em constante aperfeiçoamento), instâncias de decisão e negociação política, espaços de discussão, uma enorme rede de serviços, fluxos de trabalho assistencial e administrativo, protocolos, dote orçamentário, sistemas e instâncias de monitoramento, avaliação e regulação, além de gente, muita gente!

A assistência farmacêutica é um dos componentes dessa complexa rede, e a atuação do farmacêutico no SUS não se limita às operações logísticas e ao trabalho junto ao usuário. Sem dúvidas, ações nesse sentido são a sua particularidade. Mas há outros espaços, para além do ciclo da assistência farmacêutica, que precisamos conhecer e no qual devemos atuar se não quisermos ser ignorados por eles. Esses outros espaços são aqueles que definem, por exemplo, as prioridades, as ações estratégicas, as questões legais e o financiamento. Muita coisa que vem acontecendo positivamente em relação à assistência farmacêutica, nos últimos anos, da criação de vagas para

farmacêuticos nos serviços até a existência de nosso Curso, decorre de uma grande mobilização nesses espaços.

Falando em gestão

Esse processo de ocupação de espaço político e técnico é uma evidência clara sobre a importância de uma condução centrada em Imagem-Objetivo. Ou seja, persegue uma direção. Os farmacêuticos, inseridos em cada uma das instâncias de governo, nos órgãos de representação da classe, bem como outros profissionais de saúde que defendem a construção da integralidade no SUS, tiveram e continuam tendo uma atuação no âmbito dos movimentos sociais e das instituições responsáveis pela implantação do SUS, voltada para a inserção do farmacêutico como profissional de saúde e para a criação e consolidação da área da assistência farmacêutica. E, de batalha em batalha, se ganha mais espaço e a assistência farmacêutica ganha visibilidade e respeito. Esse é um exemplo de resultado de uma gestão comprometida!

Para facilitar essa tarefa, vamos recorrer ao pensamento sistêmico: cada parte que compõe o todo está em interação constante com as demais, formando redes de relações, cujo resultado faz com que o todo seja mais do que a simples soma de suas partes. As inúmeras possibilidades de inter-relações fazem com que o sistema resulte complexo e instável. Da complexidade dos sistemas, tem-se a dificuldade em apresentar um “retrato” fidedigno, já que várias visões são possíveis, dependendo do ângulo pelo qual se observa. Da instabilidade dos sistemas, tem-se que são mais bem compreendidos como processos em permanente transformação.

Tendo em vista a extensão e a complexidade do SUS, optamos em apresentá-lo por meio de recortes, chamados, aqui, de dimensões, cada qual referente a um grupo de elementos que o compõem (Figura 3), a saber:

- A dimensão ética compreende os princípios que regem o SUS.
- A dimensão organizacional compreende as diretrizes gerais, postuladas como forma para a operacionalização do SUS.
- A dimensão legal abrange a legislação e a regulamentação pertinentes.
- A dimensão política agrupa os atores e as instâncias com poder decisório e de negociação.

- A dimensão técnico-operativa trata dos serviços assistenciais, bem como dos fluxos, instrumentos e das instâncias de gestão, planejamento e controle (monitoramento, avaliação e fiscalização) institucional e social.
- A dimensão financeira refere-se à organização do financiamento.



Figura 3 - Dimensões da organização e gestão do SUS.

Metaforicamente, poderíamos dizer que, na incapacidade de apresentar um “mapa” do SUS, nos limitaremos a tentar servir como uma bússola, a qual poderá auxiliar na orientação do caminho que cada um está trilhando.

Atenção: esse recorte tem apenas fins didáticos, objetivando facilitar a exposição do assunto. Por isso, as dimensões não devem ser consideradas herméticas e incomunicáveis. Ao contrário, grande parte dos elementos apresentados em cada uma das dimensões participa, também, de outras dimensões. Além disso, como funcionam em rede, comunicam-se o tempo todo com os demais, influenciando-se mutuamente.

Dimensão Ética – Os princípios do SUS

Os princípios éticos do SUS, de tão importantes, encontram-se expressos na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde. A importância que lhes é atribuída advém do fato de que o SUS

não pode ser visto somente como uma grande rede de serviços de saúde. Veja o que Pontes (2009, p. 46) diz a respeito: “O atual sistema de saúde possui uma ideologia relacionada à inclusão social, com vistas à diminuição das desigualdades que permeiam a sociedade brasileira.”

Ou seja, o SUS tem a ambição de contribuir para a formação de uma sociedade mais justa (além de mais saudável). Para tal, está concebido como um sistema **universal, equânime e integral**¹⁶.

16 O significado prático dos princípios do SUS é que ele deve atender a todos (universalidade), investindo mais onde a carência é maior (equidade) e de forma a ofertar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência (integralidade).

Nossa atuação profissional deve estar alinhada aos princípios do SUS e voltada ao atendimento das necessidades da população. Em relação à acessibilidade a medicamentos, não há dúvida de que esses princípios têm servido para ampliá-la de forma justa. Mas, ao mesmo tempo, outro efeito tem sido observado, cada vez com maior frequência: é a ostensiva pressão da indústria farmacêutica para que mais medicamentos integrem as relações de medicamentos no SUS, independentemente da necessidade. Esse ponto de tensionamento no SUS está exigindo uma maior participação dos profissionais farmacêuticos, quer na busca de critérios técnicos para uma solução das tensões, quer na reflexão profunda sobre a quem estamos favorecendo com nossas pequenas decisões diárias.

Outro aspecto a considerar sobre os princípios do SUS e as atividades farmacêuticas é que a integralidade remete à necessidade de um serviço farmacêutico articulado ao serviço de saúde, capaz de articular ações de promoção e prevenção da saúde à assistência ambulatorial (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).



Reflexão

Questão para pensar: Como sua ação na gestão da assistência farmacêutica pode contribuir para a afirmação dos princípios do SUS?

Dimensão Organizativa – Os princípios organizativos (ou diretrizes) do SUS

Para concretizar os princípios éticos do SUS, foram idealizados os princípios organizativos (ou diretrizes) que, embora gerais, conferem uma determinada conformação ao sistema, tendo em vista sua operacionalização. Por isso, incidem, diretamente, sobre a organização das ações e dos serviços abordados na dimensão técnico-operativa. São eles:

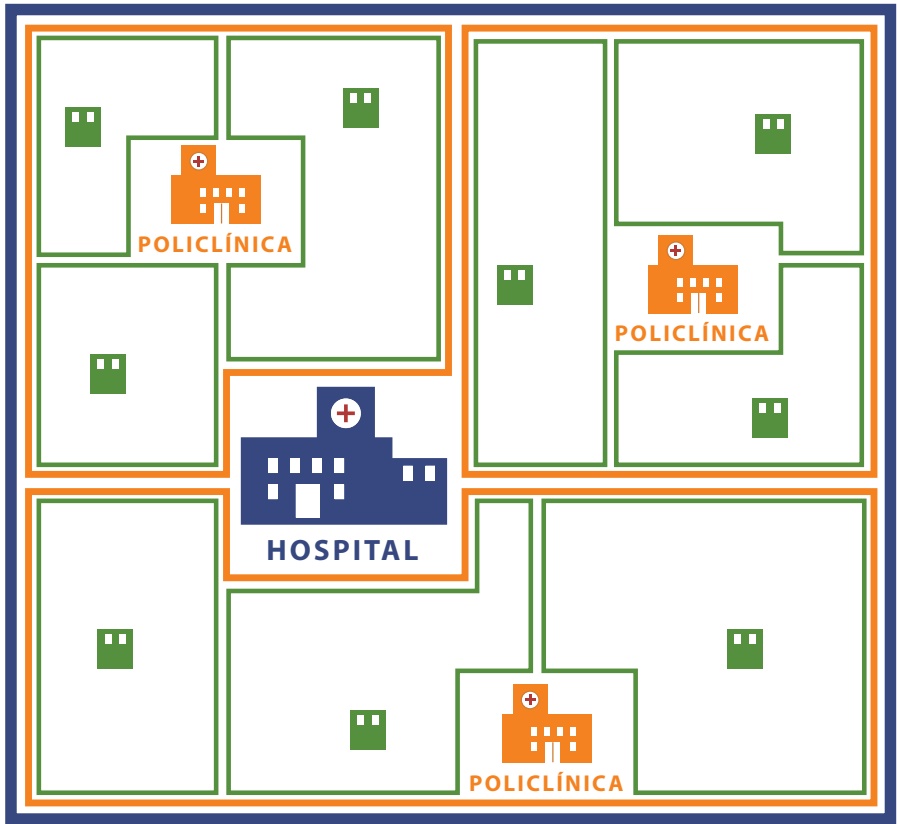
1. Hierarquização

Você se lembra do que foi comentado sobre o Informe Dawson (lição 2 da unidade 1 - *O processo saúde-doença-cuidado*)? A proposta inovadora daquele documento de 1920 foi a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção:

- primário, com maior número de unidades e destinado à clínica geral;
- secundário, destinado ao atendimento especializado, sendo em número inferior ao das unidades de atenção primária;
- terciário, representado pelos hospitais-escola, em número menor e com maior capacidade tecnológica, para os casos de difícil tratamento.

A diretriz da hierarquização no SUS trata exatamente disto: a organização dos serviços em níveis de complexidade, da **atenção básica**, estabelecida em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas o mais próximo possível do usuário e preparadas para organizar o fluxo daqueles que necessitam de cuidados nos demais níveis, passando pela **atenção média ou especializada**, à **alta complexidade**, destinada às situações que requerem recursos tecnológicos, altamente especializados. Ainda há, transversalmente, a atenção às urgências.

Essa estruturação visa a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009, p. 41).



- Área de abrangência da atenção básica
- Área de abrangência da média complexidade
- Área de abrangência da alta complexidade

Figura 4 - Representação esquemática da distribuição de unidades de saúde organizadas hierarquicamente (em níveis de complexidade).

A hierarquização busca, entre outros objetivos, a economia de escala e, com isso, maiores possibilidades de garantir o cumprimento dos princípios éticos.

2. Regionalização

É a aplicação do princípio da territorialidade, ou seja, a demarcação dos espaços e as responsabilidades. A gestão dos serviços de saúde deve organizá-los de tal forma que toda a população esteja compreendida em territórios cobertos, minimamente, pela atenção básica e referenciados a unidades de saúde de outros níveis de maior complexidade. Na Figura 4, antes apresentada, as áreas verdes correspondem a territórios que constituem a área de abrangência de cada UBS; as áreas de cor laranja indicam as referências da média complexidade e a azul a alta complexidade.

Delimitar territórios e estabelecer as responsabilidades permite conhecer a população e atendê-la em suas necessidades, de acordo com o princípio da universalidade, priorizando os mais necessitados (equidade) e de forma integral. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde, identificando e constituindo as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional.



Ambiente Virtual

Saiba mais sobre a regionalização, acessando o documento *O SUS de A a Z - Garantindo saúde nos municípios*, disponível na Biblioteca.

3. Descentralização e comando único

Esse princípio faz uma contraposição à situação centralizada que tínhamos anteriormente ao SUS. Com sua instituição, determina-se que não haverá hierarquia entre União, estados e município. Cada gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde.

A descentralização teve, como uma das justificativas, a crença de que quanto mais próximos, fisicamente, gestor e usuário, mais facilmente seriam executados os serviços, com mais chances de atender exatamente às necessidades da população em foco e com menos riscos de desvios de dinheiro público, já que a proximidade também facilitaria o controle. Na prática, isso nem sempre ocorre assim. Além do mais, para certas questões, como a aquisição de medicamentos que, em larga escala, possibilita uma redução dos custos, a descentralização não necessariamente é a melhor solução.

4. Participação popular

Com esse princípio, fica assegurada a participação da população na construção das políticas públicas de saúde e na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal, via Conselhos e Conferências de Saúde.



Ambiente Virtual

Como processo de construção constante, a organização do sistema de saúde tem passado por diferentes estratégias para sua consolidação e qualificação gradual, respondendo aos avanços tecnológicos, as necessidades da população e os intensos debates que caracterizam a saúde pública. Recentemente, uma antiga preocupação dos profissionais e pensadores da saúde pública tem tomado a atenção dos profissionais e gestores: o desafio de organizar os serviços em redes de atenção. No texto *Rede de Atenção à Saúde*, disponível na Biblioteca, vamos conhecer mais sobre a proposta.

Acesse e confira.

Dimensão Legal – Legislação e regulamentação do SUS

Essa dimensão, como as anteriores, também incide diretamente sobre as demais, já que é da legislação e regulamentação que partem as orientações e definições para o funcionamento do SUS.

No topo hierárquico da legislação, temos a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde, as quais estabelecem os princípios e as diretrizes gerais para o SUS. A partir delas, foram, e permanecem sendo, definidas novas regulamentações, uma vez que o SUS é dinâmico, processual, e encontra-se em constante aperfeiçoamento.

Portanto, é muito importante cultivarmos o hábito de, periodicamente, nos atualizarmos a respeito. Para isso, um bom começo é visitar, frequentemente, o Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, na opção “Profissional e Gestor”.



Link

Acesse o Portal da Saúde no endereço: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>

Lá encontramos o acesso a leis, portarias e resoluções, além das notícias sobre novidades na saúde e no SUS. Também, no Portal, na opção “Sobre o SUS”, encontramos publicações do Ministério da Saúde que podem auxiliá-lo em seus estudos e cuja leitura recomendamos.



Ambiente Virtual

Alguns documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, como: a cartilha *Entendendo o SUS*; a publicação *O SUS de A a Z – Garantindo saúde nos municípios*, de onde, aliás, extraímos grande parte das definições apresentadas aqui; e a *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*, para uma busca rápida das principais leis e regulamentações do SUS, estão disponíveis na Biblioteca. Acesse!

De toda a legislação para o SUS, chamamos a atenção para o documento designado *Pacto pela Saúde*, instituído pela Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM n. 699, de 30 de março de 2006, por estabelecer reformas institucionais que afetam a gestão, a responsabilização dos gestores e as formas de financiamento.

Legislação e regulamentação pertinente à assistência farmacêutica no SUS (fique atento para a atualização da legislação!):

- Lei Orgânica da Saúde - Lei n. 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto n 7.508/2011 e alterada pela Lei n. 12.401/2011 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
- Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a).
- Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013a).
- Normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2013b).
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename (BRASIL, 2012).

Lembrando: em nosso sistema político, as leis devem ser aprovadas pelo Poder Legislativo (deputados e senadores). Já, as regulamentações são editadas pelo Poder Executivo (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – e suas agências, em suas respectivas esferas de responsabilidades). Todo candidato a um cargo de representação política está comprometido com determinadas propostas. Os eleitos ao Poder Legislativo deverão manter uma postura de acordo com o posicionamento assumido na campanha. Já, os eleitos ao Poder Executivo têm a obrigação de transformar suas propostas em planos de governo. Os planos de governo, por sua vez, definem os rumos das Políticas Públicas e influem na constante criação ou revisão da legislação. Observe que nisso tudo há mais um ator fundamental: a sociedade, que elege os ocupantes dos dois poderes. Assim, quando elegemos nossos representantes, estamos, automaticamente, também escolhendo o futuro da estrutura legal para o SUS.

Você reparou a mútua influência a que nos referimos anteriormente? A dimensão legal, que incide sobre todas as demais, também é reflexo da dimensão política e da avaliativa (considerando o ato de votar como uma resposta – positiva ou negativa – a uma avaliação sobre o desempenho).

Dimensão Política – A divisão do poder no SUS

O poder está distribuído entre os gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários; e é exercido em espaços democráticos e institucionalizados, de caráter deliberativo e avaliativo, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Esta é uma das características mais peculiares e extraordinárias do SUS: a institucionalização de canais que possibilitam a todos ou a parte dos atores se manifestarem e decidirem os rumos do SUS.

Como espaços de negociação, avaliação, proposição e/ou aprovação de atos do gestor, dos quais todos os atores participam, temos os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Já, em outros espaços, participam apenas gestores. São instâncias de pactuação e cogestão, como a CIB – Comissão Intergestores Bipartite e a CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

Também está prevista, na política de regionalização, a formação da Comissão Intergestores Regional (CIR), que têm a responsabilidade de instituir processo de planejamento regional que defina prioridades e pactue soluções para organizar a rede de ações e de serviços de atenção à saúde das populações locais (BRASIL, 2009).

Há, ainda, outras instâncias importantes na dimensão política do SUS. São elas:

- o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde de cada estado (Cosems); e
- os Colegiados de Gestão Regional (idealizados como instrumentos para efetivar a regionalização).



Ambiente Virtual

Você pode saber mais sobre o Conass, Conasems e Cosems, acessando o documento *O SUS de A a Z - Garantindo saúde nos municípios*, disponível na Biblioteca.

Conass e Conasems têm tido um papel e uma importância política muito fortes na orientação dos rumos do SUS e da Política Nacional de Saúde, inclusive no que diz respeito à assistência farmacêutica, até porque o impacto financeiro desta sobre o orçamento da saúde vem crescendo. A promoção de debates e encontros com membros do Poder Judiciário, na discussão da judicialização do acesso a medicamentos, é um exemplo dessa atuação.



Reflexão

Você sabe quem são os representantes do seu Estado no Conasems? E o atual presidente do Cosems do seu Estado? Anote, para sua referência, e procure na internet informações sobre as atividades que o Cosems do seu Estado está desenvolvendo.

A institucionalização desses espaços possibilita a intervenção popular sobre a gestão (desde que haja suficiente organização e participação, é óbvio). Assim, mesmo quando o gestor atua com certa independência, suas decisões são fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, e algumas de suas definições devem ser referendadas por instâncias que incluam a participação de outros atores. Como exemplo, têm-se os **Planos de Saúde**¹⁷, cuja elaboração é de responsabilidade do gestor, mas cuja aprovação depende dos Conselhos de Saúde.

17 “É o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009).

A dimensão política não se limita aos espaços instituídos. Uma forte mobilização popular, por outras vias, pode repercutir sobre as decisões do gestor. Exemplificando, podemos dizer que a inclusão da assistência farmacêutica nas pautas e agendas de pactuações do SUS se deve, em grande medida, à mobilização da população (via Conselhos de Saúde, Promotoria de Justiça, imprensa etc.), pressionando por um maior acesso a medicamentos.

O controle social pode ser aliado estratégico na legitimação e divulgação da lista de medicamentos padronizados. A pressão da comunidade pela manutenção regular dos estoques de medicamentos também pode interferir mais decisivamente em situações de aquisições intermitentes.

Envolver a comunidade no problema de uso abusivo de medicamentos constitui uma estratégia que despersonaliza os cidadãos de seu papel como objetos do problema e os investe no papel de sujeitos de uma solução construída coletivamente.

Falando em gestão

“A reforma sanitária é um projeto civilizatório”, assim definiu Sérgio Arouca a intrínseca relação entre a construção da cidadania e o modelo de atenção à saúde, defendido por ele, e o movimento da reforma sanitária. Assim se constituiu o SUS: desde a sua mais inicial concepção, o sistema de saúde almejado fazia parte de um grande movimento de redemocratização do país. E, desde sempre, até hoje, é espaço e motivação de luta, de enfrentamento, de defesa de um modelo de sociedade mais justa e participativa. O que marca a trajetória do SUS, então? A luta pela democracia, uma luta de “gente”, de pessoas, da sociedade, de cidadãos.

Cidadania é uma conquista que se desenha não só nas políticas públicas, mas também no dia a dia. É construir a realidade social – o que pressupõe **empoderamento**. Embora o termo em inglês *empowerment* tenha o sentido de dar poder a alguém para delegar funções, Paulo Freire vinculou ao termo brasileiro o sentido de conquista, avanço, superação por parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo), e não algo ganho como benevolência.

Poder e empoderamento são relações sociais. O poder é um recurso que pode ser acumulado pelos atores, à medida que se legitimam pelas suas ideias. Para Mário Testa (1995), o poder pode se apresentar de diferentes tipos: poder técnico (capacidade de gerar, aprovar e manipular informação); poder administrativo (capacidade de apropriar-se e de alocar recursos); e poder político (capacidade de gerar mobilização,

Falando em gestão

com base em um saber). O poder está sempre relacionado à hegemonia (a grupos hegemônicos baseados em uma ideologia) – e o **acesso à informação** é fator fundamental para se construir a capacidade de enfrentamento dessa hegemonia.

Você já ouviu dizer que conhecimento é poder. **Ter – e saber reconhecer, interpretar e utilizar – a informação é poder!**

Se o que defendemos é a consolidação de um sistema público de saúde democrático, no qual as decisões sejam colegiadas e participativas, com mecanismos de controle social, é urgente a definição de uma política de informação em saúde que garanta a comunicação e a divulgação de dados consistentes e transparentes (ASSIS; VILLA, 2003).

Transparência é um termo que descreve o fluxo crescente e tempestivo de informação econômica, social e política, como a definição dos orçamentos, sua execução, as definições de prioridades, os resultados dos serviços de saúde. E a gestão é avaliada pelos resultados, você lembra? Santos (2004), assim, descreve alguns atributos da transparência:

1. Acessibilidade aos meios de informação, aliada à proficiência (nível educacional) da população em geral.
2. Relevância da informação apresentada.
3. Qualidade e confiabilidade, bem como tempestividade, abrangência, consistência e relativa simplicidade em sua apresentação. A informação que gera, realmente, a transparência da gestão tem que ser, então, adequada na linguagem que utiliza. Seu formato deve ser simples e sua língua “traduzida” para o vocabulário assimilado pela população local; o tipo de informação apresentada deve ser a que, de fato, é importante para as pessoas; as fontes precisam ser acreditadas pela sociedade; e é preciso que as informações estejam disponíveis, a tempo de embasarem a ação da comunidade em relação à realidade que mostram.

Como bem nos avisam Soweck e Barbosa (2006), para que a informação seja útil, isto é, que seja empregada para subsidiar a formulação e a implantação de políticas públicas, assim como seu acompanhamento e avaliação pelas instâncias de controle social, é fundamental que ela seja entendida pelos gestores, pelos profissionais e pela própria sociedade, como direito de todos os cidadãos, além de observar a obrigação da publicidade, possibilitando seu uso por todos os envolvidos na consolidação do SUS (e só assim tem razão de ser).

Mesmo tendo sua importância considerada e havendo, atualmente, grande empenho do setor público em sua consolidação, há, ainda, um

Falando em gestão

longo caminho a ser percorrido pela sociedade para se obter um nível de transparência adequado.

Você percebe que há certo receio na divulgação de informações sobre os serviços, os orçamentos, as contas e tudo mais? Apesar do aparato legal que arregimenta a divulgação de dados, parece haver uma cultura de se colocar em posição de defesa em relação aos usuários (cidadãos), como se fossem os servidores (percebamos o termo: servidores) opositores dos usuários e vice-versa!

Ao contrário dessa postura quase padronizada no setor público, vamos tentar pensar sob um outro ponto de vista: por que só aparecem as notícias que mostram o lado negativo do SUS? Por que os usuários também se colocam como opositores em relação aos servidores públicos e aos gestores?

Tentemos, agora, pensar, de forma mais avançada, na relação entre a gestão do sistema de saúde e a sociedade. Pensemos nessa relação como forma de parceria. Se o objetivo da gestão e da sociedade (pensando mais especificamente na população usuária direta dos serviços ofertados ou que necessita desses serviços) é o mesmo – saúde universal, integral e de qualidade –, deve haver sempre uma forma de construir parcerias e fortalecer a busca desse **objetivo comum**. Dar publicidade ampla e irrestrita aos dados dos serviços, expor os bons resultados, mostrar o SUS que dá certo, divulgar as pequenas e grandes vitórias na direção da consolidação do SUS e dos direitos do cidadão respalda as ações do setor, contrapõe a propaganda negativa que o SUS sempre sofre e motiva a defesa do sistema pela população, que pode perceber como o sistema tem avançado. Por outro lado, dar publicidade aos pontos fracos do sistema, aos “gargalos”, aos problemas, não é necessariamente ruim, pois a opinião popular, a mobilização em defesa do SUS é despertada sempre que há um enfrentamento a ser feito. E esse movimento pode ser a força motriz necessária para que a gestão da assistência farmacêutica avance na derrubada das barreiras. Ou seja, precisamos encontrar a forma de ter, na sociedade, uma força aliada em defesa da consolidação do SUS. E isso só é possível se as pessoas conhecerem, tiverem informações que lhes dê condições de opinar e defender uma posição.

O sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder, bem como quanto à democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação, e transferindo, para esse espaço, novas responsabilidades e recursos, capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas, como

Falando em gestão

ressaltam Assis e Villa (2003).

O controle social organizado e atuante, no país, hoje, é demonstração desse avanço, mesmo que muito ainda precise avançar nesse campo. Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) têm conquistado espaços e legitimidade. As conferências de saúde e as conferências temáticas são expressões vivas dessa democracia participativa. A primeira Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003, marcou, decisivamente, os rumos da estruturação da assistência farmacêutica como direito do brasileiro e como parte importante do sistema de saúde. Seus resultados são uma importante referência para nosso campo de atuação e devem ser sempre revisitados. Você pode acessar o relatório final da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica na Biblioteca.

Para conhecer melhor como se estruturam os Conselhos de Saúde e a importância da participação do profissional farmacêutico nesses espaços, assista, agora, ao vídeo produzido para este Curso. Para garantir a legitimidade do controle social, é necessário que se defendam algumas condições essenciais, como a autonomia de seu funcionamento, sua organização, a visibilidade de suas ações, a articulação com a sociedade e as instituições, e a permeabilidade, ou seja, o estabelecimento de canais de recepção das demandas sociais, na identificação das demandas locais e das necessidades de saúde emergentes, que deverão ser estabelecidas nas pautas de discussões dos Conselhos para serem negociadas e operadas por parte do órgão executor – a Secretaria de Saúde (BRASIL, 1998b). A importância de que a informação chegue ao controle social é clara! Então, o que fazer para trazer o controle social para a defesa da assistência farmacêutica? Provê-lo de informação é, com certeza, primordial.

A disponibilização de informação para o controle social tem sua faceta de obrigatoriedade, pela necessidade de aprovação dos planos, das contas e dos relatórios de gestão, que incluem os de assistência farmacêutica, mas pode, e deve, ter uma abrangência e finalidade mais amplas. A apresentação dos planos e das contas é, muitas vezes, tratada como mera formalidade, sem qualquer intenção de se constituir, realmente, uma oportunidade de levar informação para os representantes da sociedade civil, de outros profissionais e gestores, de ouvir as demandas, explicitar as motivações para as decisões tomadas, discutir os rumos do setor e, nesse movimento, de conquistar apoio.

É estratégico, para a gestão da assistência farmacêutica, manter um relacionamento o mais próximo possível dos Conselhos de Saúde, assim como é estratégico participar, ativamente, das conferências de saúde,

Falando em gestão

em todas as suas etapas, e das conferências temáticas. Muito além de levar para essas instâncias apenas as prestações de contas e os planos para aprovação, ou atender aos chamados específicos dos Conselhos, os farmacêuticos precisam estabelecer a rotina de participação ativa e contínua junto ao controle social, colocando a assistência farmacêutica na pauta desses espaços.

Dessa forma, os Conselhos são parte do próprio processo de gestão e são parceiros estratégicos, desempenhando, no processo, um papel bem maior que o de simples fiscalizador.

Como está organizado o controle social no seu Município ou Estado? Como é a relação do Conselho municipal ou estadual de Saúde com a gestão da assistência farmacêutica? É possível melhorar esse relacionamento em prol da estruturação da assistência farmacêutica? Se você ainda não conhece ou não tem o hábito de participar das atividades do Conselho de Saúde, a primeira iniciativa é se informar, conhecer e buscar acompanhar a agenda desse órgão.



Link

Você pode acompanhar as pautas dos debates do Conselho Nacional de Saúde pela página <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Você pode, inclusive, acompanhar as plenárias que são transmitidas ao vivo!



Ambiente Virtual

Acesse, na Biblioteca, o *Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica*.

Para saber mais sobre o controle social, acesse o vídeo, disponibilizado na Biblioteca, denominado *Controle Social na Saúde*. Nele você encontrará a forma de organização e exemplos de atuação para aprender a reconhecer a importância dessa instância política no SUS, e acompanhará a discussão sobre a importância de o farmacêutico reconhecer e participar desses espaços.

Dimensão Técnico-operativa – os serviços e as ações profissionais

Nesta dimensão encontram-se os serviços e as ações profissionais executadas no SUS. Adotamos, aqui, as considerações feitas por

Nogueira e Miotto (2006) a propósito da participação do Serviço Social no campo da saúde, entendendo que são extensivas aos demais profissionais da saúde. Nesse sentido, as autoras afirmam que as ações profissionais na saúde não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em três eixos/processos, à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, constituindo: os processos político-organizativos; os processos de planejamento e gestão; e os processos assistenciais, chamados de socioassistenciais, no caso dos serviços sociais (NOGUEIRA; MIOTO, 2006), conforme esquematizado na Figura 5. A seguir, veremos o que as autoras comentam sobre cada um desses processos.



Figura 5 - Ações profissionais da dimensão técnico-operativa, organizadas em Eixos/Processos.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do texto de Nogueira e Miotto, 2006.

Processos Político-Organizativos

Nos processos político-organizativos, está o conjunto de ações profissionais “dirigidas à organização da população para que se converta em sujeito político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública”. Nesse sentido, essas ações têm “a função de dinamizar e instrumentalizar o processo participativo, respeitando o potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, considerando as necessidades imediatas e, a médio e longo prazos, a possibilidade de construir um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.10-11).

Os processos político-organizativos ocorrem nos espaços de controle social, instituídos (ou seja, nas instâncias abarcadas pela dimensão política), tais como os Conselhos, as Conferências e outros órgãos, como o Ministério Público, bem como junto a espaços informais, não previstos para esse fim (escolas, igrejas, associações etc.).



Reflexão

O seu trabalho contribui para o desenvolvimento de ações voltadas ao empoderamento dos usuários de saúde da sua esfera de atuação?

Processos de Planejamento e Gestão

A organização da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde apresenta procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa, cuja gestão deve promover a integração das atividades logísticas ao processo de cuidado, visando obter resultados em saúde favoráveis.



Ambiente Virtual

Com a perspectiva da organização dos serviços em regiões de saúde, os instrumentos de gestão passam a fazer parte do arsenal a ser dominado pelos gestores públicos. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é um exemplo que você já deve ter ouvido falar. No texto *Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde*, disponível na Biblioteca, podemos conhecer um pouco mais sobre o assunto.

Nesse âmbito estão contidas as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, ou seja, envolvem outros setores, cujas ações podem influenciar o nível de saúde da população, mas que não se constituem ações ou serviços do setor saúde. Também estão vinculadas ao planejamento e à gestão as relações interfederativas, relacionadas ao princípio organizativo da regionalização, abordado anteriormente, além das ações voltadas para a capacitação de recursos humanos. Estas visam ampliar a qualidade dos serviços e dos sujeitos sociais, subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde. Compõem, ainda, esse eixo as ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das ações profissionais. Os processos de planejamento e gestão dão conta de uma vasta gama de ações, do macro ao micro contexto da saúde. Ou seja, podem ser concebidos para:

- orientar as mudanças sociais (planejamento social);
- conduzir a gestão e a gerência de instâncias, instituições

ou serviços (planejamento institucional) e das relações interinstitucionais;

- definir procedimentos, protocolos, metodologias e fluxos da prática profissional (técnica ou instrumento para a ação profissional e o seu controle) (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Em relação ao último aspecto, os processos de planejamento atuam como dispositivos que contribuem para imprimir racionalidade às decisões e às ações (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

De acordo com a Portaria MS/GM n. 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013c), os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão, sendo que:

- O Plano de Saúde, elaborado para períodos de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Este instrumento, central para o planejamento, deve ser a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde, contemplando todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.
- A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.
- O Relatório de Gestão (RAG), de elaboração anual, permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Os três instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Outro documento de fundamental importância para os processos de planejamento e gestão é o **Pacto Pela Saúde**, resultado do compromisso público assumido pelos gestores do SUS, em 2006. Em seu componente **Pacto de Gestão do SUS**, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar claro quem deve fazer o quê, tendo como diretrizes para a gestão do sistema: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação

Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006). Hoje os municípios encontram-se no processo de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A partir da Resolução CIT n. 4, de 19 de julho de 2012, todos os entes federados que tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão previsto nas Portarias n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e n. 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas nesta resolução.

A coordenação da assistência farmacêutica, como responsável pela logística exigida pelos medicamentos (programação, aquisição, armazenamento e distribuição), requer um orçamento considerável, tanto pelo custo dos medicamentos, quanto pela necessidade de estruturação adequada para essas tarefas. Para garantir a realização das ações que deseja executar, os responsáveis por essas instâncias devem participar da elaboração dos planos e orçamentos. É bom lembrar que boas ideias e intenções podem não se concretizar se não estiverem explicitadas no planejamento, na programação e no orçamento anual.

As etapas do planejamento e a gestão da assistência farmacêutica no SUS, como tema central deste Curso, serão detalhadas em outros Módulos. Cabe apenas comentar que, apesar das fragilidades ainda encontradas, esse é o processo mais desenvolvido da assistência farmacêutica. Afinal, garantir a provisão de medicamentos, de forma organizada, é, provavelmente, o ponto de partida para um serviço farmacêutico qualificado. Sem ele, as demais atividades podem ficar comprometidas.

Uma etapa estratégica no processo de planejamento, dentro do que diz respeito à Assistência Farmacêutica, é a seleção dos medicamentos. Para nos auxiliar com a questão do elenco, recorreremos ao conceito de medicamentos essenciais, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de atenção à saúde da maioria da população; portanto, eles devem estar disponíveis a todo momento em quantidades adequadas e nas formas e dosagens apropriadas (WHO, 1995).

A OMS recomenda a formulação de uma lista de medicamentos essenciais, a ser elaborada por uma comissão nacional multidisciplinar, como uma das diretrizes para assegurar o programa de medicamentos essenciais (WHO, 1995).

Os medicamentos essenciais representam uma opção política para garantir a disponibilidade dos medicamentos, afetando a organização do sistema de saúde. No Brasil, essa opção foi feita, explicitamente, na Política Nacional de Medicamentos (Portaria n. 3.916/1998) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS n. 338/2004), como estratégia integrada às ações e aos serviços de cuidados em saúde.

O Brasil elaborou a sua primeira lista de medicamentos, considerados essenciais, em 1964 (ainda denominada de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário), treze anos antes da recomendação feita pela OMS, em 1977, apontando que o país, há muito tempo, vem pautando suas políticas de medicamentos no conceito de essencialidade (MESSEDER *et al.*, 2004 *apud* SANT'ANA, 2009).

Em âmbito nacional, a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) tem a função de avaliar a RENAME, levando-a a atender às necessidades prioritárias por assistência à saúde da maioria da população brasileira.

De acordo com Wannmacher (2006), a **RENAME**¹⁸ constitui um instrumento norteador da prática, servindo para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos – Relação Estadual de Medicamentos (Resme) e Relação Municipal de Medicamentos (Remume); e objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos. A padronização de elenco é assunto para o conteúdo de seleção de medicamentos.

A composição de uma lista guarda relações importantes com a programação e aquisição de medicamentos. Você discutirá essas relações no Módulo 4 – *Logística de medicamentos*. Tal composição também requer o conhecimento das formas de financiamento do SUS. De nada nos adianta termos um elenco excelente, se não tivermos condições de financiá-lo. Sobre isso, voltaremos a falar na “Dimensão Financeira”, ainda nesta lição.

Embora pareça uma obviedade, sabemos que, na prática, as condições estruturais (local, recursos humanos e demais recursos físicos) e organizacionais (fluxos de trabalho), necessárias à qualificação dos serviços, ainda representam um grande entrave.

18 Referência: além de contribuir para a soberania brasileira e para o desenvolvimento econômico e social, a relação da RENAME e da política fabril farmacêutica tem efeitos sobre o acesso. Quando o Brasil assume a tarefa de obter fármacos e produzir, localmente, os medicamentos essenciais, passamos a ter maior segurança da disponibilidade dos medicamentos a um custo mais vantajoso para o SUS. Esse aspecto torna-se mais uma motivação para promover a adesão dos prescritores e usuários à lista de medicamentos padronizados. São medicamentos com garantia de eficácia e segurança, cujo acesso é apoiado pela política industrial brasileira.

A propósito, Araújo e Freitas (2006) caracterizaram as farmácias de Unidades Básicas de Saúde como locais pequenos de depósito e entrega de medicamentos, restritos ao atendimento impessoal da demanda.

Para superar as dificuldades no controle de estoques, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Hórus, um instrumento de gestão/sistema de informação voltado à assistência farmacêutica, conforme já estudado no Módulo 1 – *Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD*. Esse instrumento destina-se a garantir o controle adequado dos estoques e melhorar o fluxo de informações sobre os medicamentos dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica.

A depender do tipo de resposta que o Estado define que deve dar aos problemas da população, as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos podem ser estabelecidos como necessidades. As ações que permitem a provisão desses insumos, com qualidade, aos usuários do SUS são parte dos processos de planejamento e gestão que estamos estudando.



Ambiente Virtual

Para saber mais sobre as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos, preparamos dois textos complementares para que você aprofunde suas reflexões. Os textos estão disponíveis na Biblioteca.

Falando em gestão

Nós fomos conhecer duas experiências municipais: conhecemos as cidades de Campinas (SP) e Vitória (ES); falamos com farmacêuticos, com prescritores, com usuários; visitamos unidades de saúde e registramos essas experiências de gestão de programas municipais de fitoterapia em dois vídeos que você pode acessar no AVEA.

Nesses dois municípios há uma história de desenvolvimento de atividades relacionadas a práticas integrativas, especialmente com fitoterapia, que data de 1990. Há, portanto, um contexto político, social, cultural, e profissionais envolvidos que caracterizam os programas e refletem diretamente na gestão: contam com forte reconhecimento da população, apoiam-se em legislações municipais, contam com profissionais capacitados e comprometidos, financiamento bem definido. Esse cenário não se constituiu do dia para noite, nem acontece por acaso! É importante saber reconhecer, nas experiências apresentadas, os caminhos seguidos, o processo construído para poder, a partir desses exemplos, identificar as potencialidades e os possíveis caminhos a seguir na realidade da sua cidade ou Estado.

Como chegaram à atualidade mantendo seus programas ativos? O que foi preciso adaptar, criar, negociar? Quais as dificuldades que enfrentam e soluções que desenvolvem?

Acompanhe nos vídeos disponíveis no AVEA!



Ambiente Virtual

Acesse os vídeos sobre a gestão de programas municipais de fitoterapia em Campinas (SP) e Vitória (ES), na Biblioteca.

As questões estruturais e organizacionais são importantes, mas não devem ser o objetivo único e final dos serviços farmacêuticos.

Levando-se em conta que o planejamento e a gestão devem ser acompanhados de controle ou monitoramento, bem como de avaliação, fiscalização e auditoria, há uma série de instrumentos, ações e instâncias já estabelecidos com esse fim. Veja os exemplos, a seguir:

- Instrumento de controle: Relatório de Gestão, destinado à prestação de contas do gestor, a ser apreciado pelo Conselho de Saúde.

- Ações de controle: auditoria, ouvidoria, controle social, ações integradas com outras instâncias de controle público.
- Instâncias de controle: Conselhos de Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), Ouvidoria do Ministério da Saúde, Ministério Público.

Processos Assistenciais

Os processos assistenciais dizem respeito às atividades desenvolvidas diretamente com o usuário e aos fluxos com que são organizadas. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção à saúde. Podemos dizer que a ESF é uma versão brasileira da APS Ampliada (conforme abordado na lição 2 da unidade 1 - *O processo saúde-doença-cuidado*) que, no Brasil, é chamada de Atenção Básica, caracterizada como:

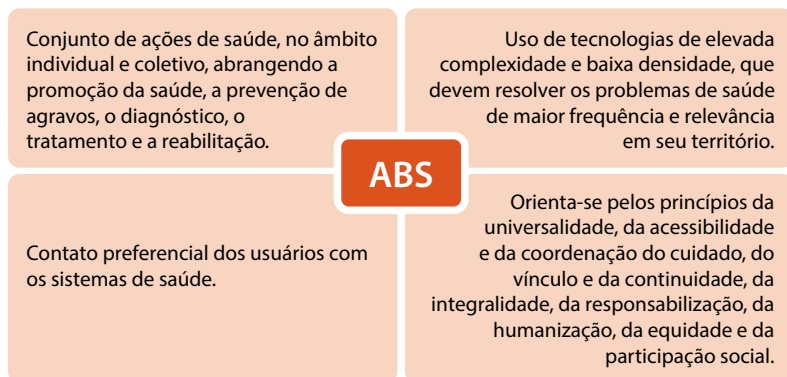


Figura 6 - Características da Atenção Básica à Saúde (ABS).

Fonte: BRASIL, 2011c.



Ambiente Virtual

Operacionalizar estes processos assistenciais na prática dos serviços de saúde é um desafio constante, especialmente a consolidação da atenção básica como norteadora do processo de cuidado e sua relação com outros serviços de saúde. Na lógica das redes de atenção, propõem-se um modelo de organização, que está sendo inicialmente implementado a partir de redes temáticas. Você já conhece este desenho? No texto *Operacionalizando o modelo de atenção à saúde das RAS*, disponível na Biblioteca, veremos um pouco mais sobre esta proposta. Acesse e confira.

A ESF é assumida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de Atenção Básica do sistema de saúde, voltadas:

- à ampliação da cobertura e à melhoria da qualidade do atendimento;
- à organização do acesso ao sistema;
- à integralidade do atendimento;
- à conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; e
- ao incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

Como diretrizes gerais de organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, o Ministério da Saúde, ainda, indica:

- o planejamento de ações que produzam impacto sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência;
- o entendimento de saúde como processo de responsabilidade compartilhada entre os usuários e a comunidade, o que implica parceria intersetorial e participação social;
- o entendimento da família como grupo social, respeitando suas potencialidades e os limites socioeconômicos, e buscando, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens terapêuticas tradicionais.

Ainda há muito por fazer para a consolidação da APS. O NASF tem a finalidade de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da Atenção Básica. São equipes de referência compartilhando saberes e práticas voltadas à resolutividade dessas equipes. No processo de implantação, são propostas duas modalidades distintas em sua composição, nas quais se destaca a participação do profissional Farmacêutico:

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Intermista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

NASF 1

Vinculação a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

NASF 2

Vinculação a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

NASF 3

Vinculação a, no mínimo, 1 (uma) e, no máximo, 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Figura 7 - Modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Fonte: BRASIL, 2012b.

O Ministério da Saúde publicou, em 2014, as diretrizes gerais para a atuação dos diferentes profissionais de saúde nas equipes dos NASF, no Caderno de Atenção Básica n. 39. Para o farmacêutico, estão descritas atividades da rotina das equipes nas quais ele deve colaborar para promover o uso racional de medicamentos, com a gestão da assistência farmacêutica, a educação permanente das equipes, o controle social, as práticas integrativas e a assistência direta aos usuários.



Ambiente Virtual

Para saber mais, acesse, na Biblioteca, o Caderno de Atenção Básica n. 39 intitulado *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*.

Vivemos um momento especial da consolidação do SUS como a maior política pública já desenvolvida no Brasil, que requer sua ampliação, sem dúvida. Entretanto, a capilarização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, revelada em números, mostra que, para além de sua expansão numérica, é fundamental a sua qualificação no sentido de perseguir ferreamente os princípios pactuados pela sociedade brasileira, desde 1988, na Constituição Cidadã:

- Saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros.
- Saúde é um dever do Estado brasileiro.
- O SUS deve ser universal, com atenção de qualidade e gestão democrática com participação social.
- A ESF, como estratégia de APS ampliada, deve garantir uma atenção integral, humanizada e resolutiva.



Ambiente Virtual

A Portaria n. 2.488/2011, da Política Nacional de Atenção Básica, está disponível na Biblioteca. Acesse e confira!

Em analogia ao que foi proposto por Nogueira e Miotto (2006) para o serviço social, as atividades assistenciais do farmacêutico correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da ação direta com os usuários, nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares.

Os farmacêuticos ainda são pouco requisitados para integrarem os processos assistenciais no SUS, em parte pela elevada demanda de seus serviços nos processos gerenciais da assistência farmacêutica, mas também pela falta de tradição do próprio profissional em ocupar esse espaço, apesar do empenho de muitos já devotados a isso, particularmente desde a última década.

A participação do farmacêutico em processos assistenciais deve se dar por sua interação com os usuários e a comunidade, e não depende apenas de ter o medicamento como instrumento de intervenção: a atuação do farmacêutico na assistência ao usuário e à comunidade vai além do medicamento; abrange a atenção à saúde em seu sentido mais amplo.



Reflexão

Nesse contexto, você se lembra do conceito mais ampliado de saúde?

Condições de vida, de acesso a bens e serviços, de educação, de emancipação política e social podem e devem ser parte do trabalho assistencial do farmacêutico.



Ambiente Virtual

E os processos assistenciais da assistência farmacêutica? A proposta de organização da atenção em redes colocou novamente a assistência farmacêutica em questionamento sobre sua forma de organização e sobre o seu papel no processo de atenção à saúde. Inicialmente, ficou entendido que a assistência farmacêutica teria o papel de fornecer os produtos para a atenção à saúde. Será este o envolvimento da área na atenção à saúde? Vamos conhecer como estão as propostas mais atuais para o desenvolvimento da assistência farmacêutica nas redes e regiões de saúde no texto *Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde*, disponível na Biblioteca.

Dimensão Financeira

Uma política só se efetiva quando é executada e só é executada quando existem condições humanas, técnicas, organizacionais e financeiras para isso. O quesito financeiro é, particularmente, determinante, já que dele dependem, em grande parte, os demais. Mais uma vez vemos como, na prática, uma dimensão influencia as demais.

Parece óbvio então que, uma vez aprovada determinada política, deva-se dotá-la com recursos financeiros. Mas, nem sempre é assim que ocorre. O próprio SUS serve de exemplo: mesmo tendo sido incluído o direito à saúde, por meio de políticas públicas, na Constituição de 1988 (o que, sem dúvidas, foi em si um avanço em termos de conquistas sociais), e tendo sido definido o seu arcabouço legal nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis federais n. 8.080 e n. 8.142, de 1990, a precariedade no seu financiamento, nos anos seguintes, reflexo da tendência neo-liberal instalada mundialmente, praticamente impediram a sua implementação. Pode-se mesmo afirmar que o SUS só não sucumbiu por contar com um movimento de apoio

muito expressivo. Conforme Ugá e Marques (2005), esse movimento é formado por profissionais da área e pesquisadores, muitos deles antigos militantes do então chamado movimento sanitarista dos anos 1970-1980, tendo se refletido, inclusive, na formação e atuação da Frente Parlamentar da Saúde, entidade civil fundada em 1993 e formada por deputados e senadores de diferentes partidos e ideologias.



Ambiente Virtual

Você poderá saber mais sobre o Financiamento do SUS, acessando o documento *O SUS de A a Z - Garantindo saúde nos municípios*, disponível na Biblioteca.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, as transferências dos recursos passaram a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento:

- Atenção Básica.
- Média e Alta Complexidade da Assistência.
- Vigilância em Saúde.
- Assistência Farmacêutica.
- Gestão do SUS.
- Investimentos em Saúde.

Por sua vez, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica foi organizado nos componentes básico, especializado e estratégico, sumarizados a seguir.

Quadro 12 - Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Básico	Especializado	Estratégico
Medicamentos e insumos essenciais	Medicamentos e assistência integral	Medicamentos específicos
Destinação		
Assistência a agravos prevalentes e prioritários	Linhas de cuidado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	Agravos de perfil endêmico e controle estratégico

Componente Básico

Medicamentos destinados ao tratamento de agravos no nível primário de atenção à saúde. Atualmente, dentro deste grupo, incluem-se também os medicamentos essenciais para a área da saúde mental.

Abrangem um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias estaduais e municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais, destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.



Link

Para mais informações sobre o Componente Básico, acesse o endereço:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1462>

A execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada e, portanto, o seu território tem responsabilidades quanto ao financiamento de medicamentos. Aos municípios pequenos, pactuar a aquisição centralizada no Estado ou regionalmente pode representar um ganho substancial. A sustentação, ao financiar os medicamentos, exige que se conheça como funcionam essas pactuações e a atuação política para viabilizá-las.

Componente Especializado

Estratégia para garantir a integralidade nos tratamentos com medicamentos, em nível ambulatorial, na forma das linhas de cuidado, definidas nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas.

O componente é dividido em três grupos, de acordo com a complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente, garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão.



Ambiente Virtual

Se você não trabalha com ou não conhece o Componente Especializado, recomendamos a consulta ao livro *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. O livro está disponível na Biblioteca.

A lógica do financiamento do Componente Especializado mudou do cofinanciamento entre os entes gestores para a definição clara de responsabilidades, em que cada parte é responsável pelo financiamento de um grupo. Trabalhar com a gestão do componente exige um aprofundamento muito maior nos mecanismos de financiamento adotados, que têm o mérito de dar maior sustentabilidade ao serviço e garantia de provimento constante, uma vez que permite maior eficiência na programação e na aquisição dos medicamentos.



Link

Para mais informações sobre o Componente Especializado, acesse o endereço: <<http://www.saude.gov.br/ceaf>>

Componente Estratégico

Medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério da Saúde com protocolos e normas estabelecidas.

Destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos programas de controle de endemias (tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas); antirretrovirais (DST/Aids); sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.



Link

Para mais informações sobre o Componente Estratégico, acesse o endereço: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1347>

Os componentes de financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica não abrangem os medicamentos de uso hospitalar, os quais estão contemplados pelo bloco de atenção de média e alta complexidade, por meio do componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), sob responsabilidade dos municípios, do distrito federal e dos estados, por meio da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde. No caso do âmbito hospitalar, o pagamento ocorre pela emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Já, os medicamentos de uso oncológico são informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que permite ressarcir os estabelecimentos credenciados no SUS e habilitados em **Oncologia**¹⁹, responsáveis pela provisão dos medicamentos.

A Rede de Atenção 19
Oncológica está formada por
estabelecimentos de saúde
habilitados como Unidade
de Assistência de Alta
Complexidade em Oncologia
(UNACON) ou como Centro
de Assistência de Alta
Complexidade em Oncologia
(CACON).

Eventualmente, o mesmo medicamento pode apresentar mais de uma fonte pagadora.



Link

O financiamento do SUS é fonte de grande polêmica e os medicamentos, como representam uma fatia muito grande dessa conta, estão no centro do problema. Há um vídeo no YouTube, cujo título é Financiamento para o SUS. Nele o então presidente do Conselho Nacional de Saúde, o farmacêutico Francisco Batista Junior, fala sobre o tema. Recomendamos que você assista ao vídeo e reflita sobre o exposto.

O vídeo está disponível no endereço: <<http://www.youtube.com/watch?v=ufFTcYWCfQ8>>

Ainda existe a possibilidade de aquisição de medicamentos fora da lógica de organização e financiamento que estudamos. Um exemplo é o provimento de medicamentos por serviços de assistência social. Esse é um assunto pouco estudado e bastante controverso.



Ambiente Virtual

Para aprofundar seu conhecimento sobre o tema, acesse e leia o artigo de Leite e Mafra, relativo a um estudo sobre o acesso a medicamentos por serviços públicos de assistência social e por atendimento de demandas individuais ou mandados judiciais em município catarinense. O texto, denominado *Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina*, está disponível na Biblioteca.

O financiamento da assistência farmacêutica é um assunto complexo, e tem sofrido mudanças estruturais por iniciativa do Ministério da Saúde. Esse é o tipo de conhecimento que precisa de atualização permanente, além da capacidade de interpretar e aplicar a legislação. Assim, fique atento à página do Ministério e participe das discussões sobre o tema.



Ambiente Virtual

Concluímos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

Análise Crítica

O que vem sendo construído como Assistência Farmacêutica, no contexto do sistema de saúde existente no país, precisa ser compreendido a partir da reflexão da saúde como direito, das políticas sociais e dos modelos de proteção social envolvidos na efetivação desse direito, bem como do seu processo histórico de construção.

Ao mesmo tempo, a gestão da Assistência Farmacêutica exige o domínio dos mecanismos que operam no interior do SUS, aqui apresentados em “dimensões” ética, organizacional, legal, política, técnico-operativa e financeira.

Suas interfaces nem sempre são nítidas, mas, quando conhecidas, possibilitam um amplo horizonte para a atuação qualificada do farmacêutico no Sistema Único de Saúde.

Referências:

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>. Acesso em: jan. 2014.

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. 137-46, jan./mar. 2006.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-82, maio-junho 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. s. 1, n. 182, p. 1-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: 1998. 1998b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z - Garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 123, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3. 2011a.

BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 81, 29 abr. 2011. Seção 1, p. 1-2. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 204, 24out. 2011. Seção 1, p.48-55. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 62, 29 mar. 2012. Seção 1, p. 96. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 146, 31 jul. 2013. Seção 1, p. 69-71, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 146, 31 jul. 2013. Seção 1, p. 71-72, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 187, 26 set. 2013, Seção 1, p. 60, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

CFF - Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Conselho Federal de Farmácia, 20 de abril de 2001.

DI GIOVANNI, G. Políticas públicas e política social. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384.

FLEURY, S. **Estado sinciudadanos**. Seguridad social en America Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 331 p.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia à 1930. **Textos do Departamento de Ciências Médicas**. Escola de Farmácia. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: jan. 2014.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**- um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HEPLER, D.D.; STRAND, L.M., Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am. J. Pharm. Educ.**, v. 53, p. 7S-15S, 1989.

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. 1001-7, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHOA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS, OPAS/OMS, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 16 mar. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.*(org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PONTES, A. P. M. **A incorporação dos princípios ético-doutrinários e organizativos do SUS por profissionais de saúde**: um estudo das representações sociais. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem (Dissertação), 2009. 226f.

RODRIGUES, M.A.M. **Trajatória institucional de policiais militares afastados do trabalho por transtornos mentais no Espírito Santo**. 2012. Dissertação (Mestrado). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Emescam.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1994.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SANTOS, L. A. Controle social e a transparência da administração pública brasileira. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid. Espanha: nov. 2004.

SOWEK, R. L.; BARBOSA, O. A informação a serviço da gestão pública. In: BATTAGLIN, P.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (org.). **Saúde coletiva**: um campo em construção. Curitiba: IBPEX, 2006.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC, Abrasco, 1995.

UGA, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T; GERSCHMAN, S.; EDLER; F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WANNMACHER, L. **Medicamentos essenciais**: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasil: OPAS/OMS, 2006.

WHO. World Health Organization. **The use of essential drugs**. Who technical report series. Sixth report of the WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995.

Autores

Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1997), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), cursados na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador na área de assistência farmacêutica e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

