

## Da saúde enquanto um direito constitucional até a política nacional de assistência farmacêutica

### From health as a constitutional right to the national pharmaceutical assistance policy

### De la salud como derecho constitucional a la política nacional de asistencia farmacéutica

DOI:10.34119/bjhrv7n2-261

Originals received: 03/01/2024

Acceptance for publication: 03/22/2024

#### **Thiago Henrique Bomfim Rodrigues**

Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente  
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)  
Endereço: Diamantina, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: thiago.bomfim@ufvjm.edu.br

#### **Delba Fonseca Santos**

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)  
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)  
Endereço: Diamantina, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: delba.fonseca@ufvjm.edu.br

#### **Harriman Aley Morais**

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)  
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)  
Endereço: Diamantina, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: harriman.morais@ufvjm.edu.br

#### **Romero Alves Teixeira**

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)  
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)  
Endereço: Diamantina, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: romero.teixeira@ufvjm.edu.br

#### **Fabrcio Drummond Vieira da Silva**

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)  
Instituição: Instituto Florence de Ensino Superior (IFES)  
Endereço: São Luís, Maranhão, Brasil  
E-mail: fabriciodrummondvs@gmail.com

#### **RESUMO**

As políticas públicas de saúde no Brasil passaram por intensas modificações conforme o passar dos anos, governos e mobilizações; atuando sobre diversas realidades econômicas, sociais ou ambientais, e variando conforme a economia, natureza do regime e nível de atuação dos diferentes atores sociais. As políticas voltadas à assistência farmacêutica e ao acesso à

medicamentos trazem em si desafios inerentes à aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde em um país de dimensões continentais. A Política Nacional de Assistência farmacêutica é o resultado da luta dos movimentos e controle social e foi pensada com o intuito de ter caráter intersectorial afim de nortear políticas setoriais, levando em consideração a realidade e problemas relacionados à assistência farmacêutica à época em que foi implantada. Este artigo tem como objetivo realizar um apanhado histórico da constituição da saúde pública brasileira a partir de seus principais marcos legais e históricos até a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Foi realizada uma revisão integrativa no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023 nas bases de dados Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library *Online* (SciELO) e sites governamentais, utilizando descritores em saúde relacionados à história da saúde pública brasileira e instituição da PNAF. Este estudo permitiu compreender de forma ampla os marcos históricos e legais que antecederam a concepção, criação e instituição da PNAF, marcada fortemente pelo processo de construção coletiva, fundamentada no controle social.

**Palavras-chave:** assistência farmacêutica, Sistema Único de Saúde, direito à saúde.

### ABSTRACT

Public health policies in Brazil have undergone intense changes over the years, with governments and mobilizations; acting on different economic, social or environmental realities, and varying according to the economy, the nature of the regime and the level of action of the different social actors. Policies aimed at pharmaceutical assistance and access to medicines bring with them the challenges inherent in applying the principles of the Unified Health System in a country of continental dimensions. The National Policy on Pharmaceutical Services is the result of the struggle of social movements and social control and was designed to be intersectoral in order to guide sectoral policies, taking into account the reality and problems related to pharmaceutical services at the time it was implemented. The aim of this article is to provide a historical overview of the constitution of Brazilian public health, from its main legal and historical milestones to the approval of the National Pharmaceutical Services Policy (PNAF). An integrative review was carried out from December 2022 to January 2023 in the Google Scholar, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, the Scientific Electronic Library Online (SciELO) virtual library and government websites, using health descriptors related to the history of Brazilian public health and the institution of the PNAF. This study provided a broad understanding of the historical and legal milestones that preceded the conception, creation and establishment of the PNAF, which was strongly marked by the process of collective construction, based on social control.

**Keywords:** pharmaceutical services, Unified Health System, right to health.

### RESUMEN

Las políticas de salud pública en Brasil han sufrido intensos cambios a lo largo de los años, con gobiernos y movilizaciones; actuando sobre diversas realidades económicas, sociales o ambientales, y variando según la economía, la naturaleza del régimen y el nivel de actuación de los diferentes actores sociales. Las políticas dirigidas a la asistencia farmacéutica y al acceso a los medicamentos conllevan los desafíos inherentes a la aplicación de los principios del Sistema Único de Salud en un país de dimensiones continentales. La Política Nacional de Atención Farmacéutica es el resultado de la lucha de los movimientos sociales y del control social y fue concebida de forma intersectorial para orientar las políticas sectoriales, teniendo en cuenta la realidad y los problemas relacionados con la atención farmacéutica en el momento de

su implementación. El objetivo de este artículo es ofrecer un panorama histórico de la constitución de la salud pública brasileña, desde sus principales hitos jurídicos e históricos hasta la aprobación de la Política Nacional de Servicios Farmacéuticos (PNAF). Se realizó una revisión integradora de diciembre de 2022 a enero de 2023 utilizando las bases de datos Google Scholar, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), la biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) y sitios web gubernamentales, utilizando descriptores de salud relacionados con la historia de la salud pública brasileña y la institución de la PNAF. Este estudio proporcionó un amplio conocimiento de los hitos históricos y jurídicos que precedieron a la concepción, creación y establecimiento del PNAF, que estuvo fuertemente marcado por el proceso de construcción colectiva, basado en el control social.

**Palabras clave:** prestación farmacéutica, Sistema Único de Salud, derecho a la salud.

## 1 INTRODUÇÃO

Quando debatemos a temática referente à saúde preventiva, ao longo de toda sua existência, no território brasileiro, podemos perceber que o País enfrentou uma série de dificuldades institucionais e administrativas oriundas do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como da expansão da assistência médica, vinculada à lógica do mercado. Além disso, entende-se que outro fator diz respeito ao lento processo de formação de consciência acerca dos direitos de cidadania (BRASIL, 2017).

No movimento em prol da redemocratização do país, houve o crescimento de ideias favoráveis à reforma da sociedade brasileira, na qual é possível observar o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas em destaque. Alguns sanitaristas ocuparam postos de importância no aparelho de estado. A democratização no setor da saúde se fortaleceu no movimento pela Reforma Sanitária, de modo a avançar e organizar as suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, que conferiu as bases para a concepção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

As políticas públicas são definidas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que refletem a orientação do Estado e regulam suas atividades em relação às tarefas de interesse público, atuando sobre diversas realidades, sejam elas econômicas, sociais ou ambientais, podendo variar conforme economia, natureza do regime e nível de atuação dos diferentes atores sociais (Viana; Baptista, 2012).

Dessa maneira, as políticas públicas de saúde assumem tais características e, no Brasil passaram por intensas modificações conforme o passar dos anos, governos e mobilizações (Paim *et al.*, 2011). As políticas voltadas à assistência farmacêutica e ao acesso à medicamentos

trazem em si desafios inerentes à aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que se trata de um país de dimensões continentais com grande desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Vieira, 2020).

A Política Nacional de Assistência farmacêutica é o resultado da luta dos movimentos e controle social e foi pensada com o intuito de ter caráter intersetorial afim de nortear políticas setoriais, levando em consideração a realidade e problemas relacionados à assistência farmacêutica à época em que foi implantada, descrita por Norberto Rech (Conselho Nacional de Saúde, 2004) da seguinte maneira:

[...] a assistência farmacêutica assumia caráter de política intersetorial que deveria nortear a formulação de políticas setoriais, dentre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao Sistema de Saúde do país (SUS) e cuja implantação envolvia tanto o setor público como privado de atenção à saúde. [...] a Política foi elaborada a partir da concepção de que a assistência farmacêutica envolvia desde o processo de pesquisa e desenvolvimento até o processo de acompanhamento das pessoas que utilizam medicamentos e a promoção para a não utilização. Explicou que para definição da Política partiu-se da realidade brasileira verificada até 2002 de que, embora existisse um marco legal importante – Portaria nº 3.916/98 que estabelece a chamada Política Nacional de Medicamentos – deu-se enfoque a programas isolados, em geral com financiamento extemporâneo e coordenação não articuladas e, em alguns casos, paralelos a ações do SUS.

Portanto, o objetivo deste artigo é realizar um apanhado histórico da constituição da saúde pública brasileira a partir de seus principais marcos legais e históricos até a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

## 2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, baseada nos métodos de Souza, Silva e Carvalho, 2010, roteirizada em seis etapas: 1) a pergunta norteadora: quais foram os marcos históricos e legais da saúde pública brasileira até a construção e instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica? 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.

A busca na literatura ocorreu no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023, a partir da utilização das bases de dados: Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library *Online*

(SciELO) e sites governamentais (cadernetas, portarias, resoluções, leis, decretos, constituição, declaração e relatório).

Foram utilizados os seguintes descritores sozinhos ou em associação para a seleção dos trabalhos que compõem este artigo: “Direito à Saúde”, “Política Nacional de Assistência Farmacêutica” e “Sistema Único de Saúde”, empregando os operadores booleanos *and*, *or* ou *not* durante a pesquisa.

A partir de então, foi realizada busca por literaturas científicas publicadas nos últimos 30 anos para melhor compor a escrita deste artigo, entendendo a necessidade de obter o melhor embasamento para a sua construção.

Foram agrupados todos os estudos que atendiam aos critérios de inclusão, que compreendiam a: artigos que apresentaram em seus conteúdos obrigatoriamente, informações sobre a constituição da saúde pública brasileira e eventos relevantes à instauração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, que contribuíram para a elaboração do conteúdo do artigo. Foram excluídos todos os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão e publicações duplicadas.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 VISÃO HISTÓRICA DA SAÚDE BRASILEIRA: DO PERÍODO COLONIAL À TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA NA NOVA REPÚBLICA

A assistência à saúde no Brasil pode ser caracterizada e definida por seus períodos históricos, passando pelo Período Colonial, marcado historicamente entre 1500-1822, até a Nova República, com seu início em 1985 até os dias atuais, mas com marcos determinantes para saúde em seu período de transição democrática (1985-1988) até chegarmos finalmente no período democrático (1988-dias atuais), que marca a criação do SUS e a descentralização do sistema de saúde (Paim *et al.*, 2011).

No Brasil colônia a prática da medicina era incipiente e baseada principalmente em práticas de cura proveniente das plantas medicinais brasileiras, devido às características geográficas e biológicas da época (Ferreira, 2023). Durante esse período, os hospitais de Santa Casa da Misericórdia, de ordem religiosa da ‘Irmandade da Misericórdia’ foram instituídos no país em Santos, São Paulo, Salvador, Rio de Janeiro e Olinda (Paim *et al.*, 2011) e inicialmente, pautadas na caridade, possuíam principalmente caráter assistencial e não terapêutico, para posteriormente assumirem papel filantrópico higiênico (Ferreira, 2023).

As primeiras instâncias de saúde pública no país se deram com a chegada da Coroa Portuguesa, em 1808, com o intuito de fiscalização do exercício da medicina, habilitação dos interessados em trabalhar com a cura, além de multar aqueles que trabalhavam sem a habilitação legal e, garantir a salubridade da Corte por meio da fiscalização de portos, embarcações, passageiros e mercadorias com o intuito de prevenir a chegada de novas doenças. Esse fato também marca a criação das Escolas Médico-Cirúrgicas nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro (Escorel; Teixeira, 2012; Freitas; Edler, 2022).

O período Imperial (1822-1829), que se dá junto com o processo de independência é marcado no âmbito da saúde pelo desligamento das ações de saúde atreladas à coroa portuguesa e foram assumidos pelas câmaras municipais, de maneira descentralizada tinham suas ações muitas vezes voltadas à vacinação em períodos de epidemia, a tentativa de isolamento de indivíduos com doenças contagiosas nas áreas urbanas e medidas de purificação do ambiente (Escorel; Teixeira, 2012).

As atuações do estado brasileiro restritas a ações de controle de epidemias, o crescimento desenfreado das cidades, a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças e a insuficiência de medidas profiláticas eficazes contribuíram com uma elevada prevalência de doenças no país no período colonial e imperial (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

No contexto da República Velha (1889-1930), o Brasil encontrava-se em uma situação de intensos problemas de saúde pública, com sua população vulnerável à epidemia de doenças infecciosas transmissíveis, como a peste, varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis (Paim *et al.*, 2011). Essas epidemias eram tratadas com a atuação de ‘polícias sanitárias’ e com destaque para as figuras de Emilio Ribas e Oswaldo Cruz, na batalha em prol da saúde pública, por meio do controle sanitário e erradicação das doenças mais prevalentes à época nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (Escorel; Teixeira, 2012; Santos; Gabriel; Mello, 2020). No ano de 1904 ocorre a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, constituindo-se assim, como a primeira interferência histórica da sociedade civil nas questões referentes à saúde no país. Posteriormente, na década de 1910 houve a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Dentre os principais marcos do período da República Velha, há a criação da Lei Eloi Chaves, em 1923, de modo a definir a assistência à saúde vinculada à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social, criando assim as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Portanto, nesse cenário, o direito aos serviços de saúde estava condicionado àqueles que contribuíssem com a previdência (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

A partir da década de 30, as CAPS foram separadas por categorias profissionais (IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões) e esse sistema de institutos perdurou até 1966, quando foram unificados e formaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que em 1977, após seu desmembramento, têm-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Paim *et al.*, 2011; Santos; Gabriel; Mello, 2020), dando continuidade à ideia de acesso aos serviços de saúde restrita ao trabalhador contribuinte.

Ao longo de todo esse período, que se estendeu pela Era Vargas (1930-1945) e o período de instabilidade democrática (1945-1964) até a tomada do poder pelos militares (1964-1985), a assistência à saúde se restringia aos trabalhadores que contribuía com a previdência social (Paim *et al.*, 2011; Santos; Gabriel; Mello, 2020). Nessa época, os não-contribuintes obtinham atenção à saúde nas Santas Casas de Misericórdia, centros e postos de saúde – caso fossem parte do perfil dos programas – ou em institutos privados, caso tivessem poder aquisitivo (Escorel, 2012).

Segundo Escorel (2012), o início do ciclo da Reforma Sanitária pode ser remontado ainda à década de 70, na figura do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), caracterizado pela difusão da teoria da medicina social no país. O período de 1985 a 1990 marca uma redemocratização no país, com a instituição da Constituição Federal de 1988 e a crescente articulação de movimentos sociais em prol da luta pela saúde e direitos fundamentais (Escorel, 2012; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Vale ressaltar que essa narrativa histórica nos leva a analisar pontos importantes no que refere a saúde da população brasileira: primeiro, o acesso aos serviços de saúde estava direcionado para os trabalhadores, visando impulsionar a economia, o que pode ser analisado em vários livros que referem a saúde pública do país; segundo, a desigualdade na busca pela saúde, uma vez que o cidadão que não era trabalhador da indústria só teria acesso através das filantropias; terceiro, o tratamento a saúde somente era adquirido no que refere a diminuição dos surtos e epidemias. E por fim, os atores sociais envolvidos no que refere saúde como direito de todos e dever do estado, ainda pouco definido como prioridade nas políticas de saúde na história.

### 3.2 A SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL

O direito constitucional à saúde no Brasil foi resultado de um longo processo histórico, articulado por movimentos sociais e tendo como um marco para seu acontecimento a 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986. A partir dessa conferência, que

teve pela primeira vez a participação de usuários do sistema de saúde e ampla participação das organizações da sociedade civil, teve enquanto um de seus desdobramentos, a seção ‘da Saúde’, da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), constituídas por cinco artigos e que garante em seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde adotado pelo estado brasileiro é baseado no conceito ampliado de saúde atrelado à universalidade, extensamente discutido e o grande mote da 8ª CNS, que remete a uma concepção de direito à saúde mais abrangente (Rosário; Baptista; Matta, 2020). Tal perspectiva é observada tanto na CF/88 quanto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei 8.142/90), responsável pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em ambos os documentos ao reconhecer os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 1990a, 1990b).

Às instâncias governamentais, fica determinado o papel de garantir esse direito através de políticas que objetivem o acesso universal, igualitário, assim como as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde (BRASIL, 1988).

Tais políticas públicas devem servir para implementar condições para que a população tenha assegurada uma boa alimentação, moradia digna, serviços de saneamento básico, boas condições nos locais de trabalho, renda suficiente para garantir seu sustento, acesso à educação, meio ambiente saudável, a possibilidade de realizar atividades físicas, assim como outros serviços essenciais, uma vez que se tem a compreensão de que todos estes pontos exercem influência direta nas condições de saúde de um indivíduo (Vieira, 2020).

Quando se remonta à questão do direito à saúde e assistência farmacêutica, a integralidade, enquanto um princípio doutrinário, e a participação social, enquanto princípio organizacional se destacam. Para que exista integralidade, é necessário promover uma integração e articulação das práticas dos profissionais de saúde e da organização destes serviços com o intuito de prover ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como abranger as respostas governamentais acerca do enfrentamento dos problemas de saúde e da observação de necessidades relacionadas à grupos específicos de indivíduos (Vieira, 2020).

Com isso, compreende-se que esta integralidade, no âmbito do SUS, não se traduz apenas em uma promessa de garantia de acesso aos bens e serviços de saúde já existentes, mas



sim como um constante esforço para que as práticas profissionais, assim como os serviços, estejam bem articuladas. Envolve também a inclusão de terapêuticas que estabelecem os meios utilizados para o tratamento de doenças, dentre eles, o uso de medicamentos e a realização de intervenções cirúrgicas (Vieira, 2020).

Dentre os princípios organizacionais, destaca-se a participação social, presente tanto na CF/88 quanto na Lei 8.142/90. A primeira estabelece a participação social como diretriz das ações e serviços de saúde, enquanto a segunda a assegura nas três esferas de gestão a partir da implementação de dispositivos institucionais, representados pelas Conferências de Saúde e Conselho de Saúde, os principais instrumentos da sociedade civil para a participação da formulação e controle da políticas públicas de saúde (Leite *et al.*, 2021).

Esses instrumentos têm papel de controle social, uma vez que a Conferência conta com a representação de vários segmentos para avaliação da saúde e proposição de diretrizes de formulação de políticas de saúde e o Conselho, também implantado nas três esferas de gestão com caráter permanente e deliberativo, tem em sua composição paritária representantes governamentais, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários. Além disso, os Conselhos atuam na formulação de estratégias e o no controle da execução de políticas, assim como outras atribuições (BRASIL, 1990b).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica teve em sua aprovação e concepção importante participação de todos os segmentos representados pelos Conselhos e Conferências, uma vez que é considerada por estudiosos um dos principais exemplos de construção de política alicerçada e fundamentada no controle social (Alencar; Paim, 2017).

### 3.3 CAMINHOS ATÉ A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PNAF)

Pode-se dizer que a assistência farmacêutica enquanto política pública teve seu pontapé inicial com a instituição da Central de Medicamento (CEME), a partir do decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971, cuja atuação se deu até a sua extinção em 1997. Durante os 26 anos de sua atuação a CEME exerceu papel relevante para assistência farmacêutica, sendo a responsável pelo abastecimento de medicamentos do sistema público de saúde vigente (Santana, 2022).

Segundo Santana (2022), o contexto em que a CEME foi instituída caracterizava-se pelo período de ditadura militar, sob uma gama de interesses e pressões, tanto no âmbito interno quanto externo relacionadas à situação econômica brasileira do início do século XX e a integração às políticas internacionais de saúde preconizadas pela Organização Pan Americana

de Saúde e Organização Mundial de Saúde, tentando acomodá-las à interesse próprio. O autor coloca, portanto, que o início das políticas de assistência farmacêutica se deu:

[...] não como ações que visavam atender às demandas sanitárias ou assistenciais da população, mas sim como intervenções organizadas pelo Estado brasileiro a fim de promover as condições de sobrevivência da população, garantindo a reprodução da força de trabalho, o comércio e a manutenção das relações sociais de produção que garantem a estabilidade do modelo capitalista no país.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) foi um dos marcos da assistência farmacêutica, com sua portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi publicada no ano de 1975, atende a recomendação da década de 70 da OMS de adoção de listas nacionais de medicamentos por seus países-membros e a promoção de políticas que promovam o acesso a medicamentos. Atualmente, a RENAME passa por constantes atualizações com o intuito de promover a sua efetividade enquanto ferramenta da política pública para garantir a padronização e oferta de medicamentos no SUS e promover o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2022).

Como observado em seções anteriores, ao entrar no período democrático e como fruto da luta de movimentos sociais e demais segmentos da sociedade que já se articulavam na década de 70, a saúde foi finalmente firmada enquanto um direito constitucional pela Constituição Federal de 1988, e a assistência à saúde passou a ser organizado e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, constando na Lei 8.080/90 enquanto um dos campos de atuação do SUS a “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990).

Os sistemas universais de saúde são alicerçados na justiça social, cujos princípios fundamentais são a universalidade e igualdade de acesso. Assim, é esperado que o fornecimento de produtos e serviços de saúde seja igualitário e amplo (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019). Após a instauração do SUS, a CEME com seu caráter centralizador da assistência farmacêutica ia em contraponto com a descentralização proposta pelo SUS (Pinto; Castro, 2022). Com base nesse cenário, no Brasil, no ano de 1988, entra em vigor a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que não somente é uma parte importante da Política Nacional de Saúde, como também é considerada um dos elementos essenciais para a efetiva implementação das ações que objetivam promover a melhoria das condições da assistência à saúde (BRASIL, 2001).

A assistência farmacêutica, como definida pela PNM contempla um conjunto complexo e heterogêneo de ações com o intuito de promover a saúde com garantia ao acesso e uso racional

de medicamentos, um dos principais insumos da área da saúde (Araújo *et al.*, 2023) e como visto anteriormente, foco das primeiras políticas de assistência farmacêutica.

A PNM foi o primeiro documento nacional que propôs a descentralização da assistência farmacêutica, com as responsabilidades definidas para cada esfera do governo: União, estados e municípios, o que levou inclusive à criação de uma linha de financiamento específico para a compra de medicamentos na atenção básica e sua organização se dando segundo planejamento de estados e municípios (Pinto; Castro, 2022).

O início da década de 2000 marca dois eventos essenciais na construção e implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ambos pautados nos princípios de participação e controle social, estabelecidas na CF88 e Lei Orgânica da Saúde. As conferências são instrumentos com o intuito de garantir a participação e controle social na gestão do SUS, assim como os conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Norberto Rech, diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica define o objetivo da PNAF em reunião do Conselho Nacional de Saúde (2004) da seguinte maneira:

[...] tem por objetivo principal efetivar o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica com Controle Social e deve ser parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial.

Da realização da 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ambas em 2003, se têm, enfim, a espinha dorsal para a criação e posterior aprovação dessa política. Sua aprovação se dá pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que permitiu a efetivação da Assistência Farmacêutica como política de saúde e, norteadora de políticas setoriais e ações intersetoriais e torna-se parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2018).

O Plenário aprova, com uma abstenção, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e decide elaborar Resolução manifestando o apoio do CNS à mesma. Além da PNF, o projeto Farmácia Popular também foi aprovado com nota técnica de apoio ao projeto, tendo em vista a perspectiva de ampliação do acesso aos medicamentos e promoção efetiva do acesso da população à atenção farmacêutica (Conselho Nacional de Saúde, 2004).

Estudiosos entendem que a PNAF foi resultante de um “processo construção coletiva, fundamentada no controle social” (Alencar; Paim, 2017), especialmente devido a presença de segmentos da sociedade civil durante a I CNMAF, cujas proposições foram extensamente

integradas aos eixos da PNAF, distinguindo-se da instituição de outras políticas de saúde que foram fortemente organizadas principalmente por grupos técnicos.

A PNAF abre espaço para sua articulação com outras políticas, sendo a principal a Política Nacional de Medicamentos, mas não se restringindo apenas as políticas de saúde, mas também interligando-se com as áreas de Ciências e Tecnologia e de Desenvolvimento Industrial e de Formação de Recursos Humanos (Alencar; Paim, 2017).

#### **4 CONCLUSÃO**

A proposta deste artigo permite compreender de forma ampla os marcos históricos, desde os tempos em que a medicina era caracterizada como incipiente e erudita, a construção da assistência à saúde ao longo das décadas e a crescente organização social em prol de um sistema de saúde que atendesse às demandas sociais até a criação de uma política pública que tem como uma de suas marcas a construção feita por diversos segmentos da sociedade civil.

Além do aspecto histórico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, entende-se que ela é um marco no processo de desenvolvimento da assistência farmacêutica no país, reforçando seu caráter enquanto política pública norteadora da formulação de políticas setoriais e com eixos estratégicos voltados à qualificação do serviço, uso racional de medicamentos, pactuações intersetoriais que visem a integralidade das ações de saúde e a garantia ao acesso a produtos seguros, eficazes e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. D. O. S.; PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe3, p. 45–59, 2017.

ARAÚJO, É. J. F. D. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos: Matéria de direito versus questão de saúde pública. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 14, p. e31121444373, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. [S. l.], 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm).

BRASIL. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf).

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [recurso eletrônico]**. [S. l.]: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos., 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ata da 142a Reunião Ordinária do CNS, em 5 e 6 de maio de 2004. *In*: REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004. **Anais [...]**. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/atas\\_04.htm](http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm).

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRAISL. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. v. 2, p. 1097.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In*: POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRAISL. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1097.

FERREIRA, B. A. D. P. MEDICINA POPULAR E ACADÊMICA: DA COLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO. **Convergências: estudos em Humanidades Digitais**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 359–380, 2023.

FREITAS, R. C. D.; EDLER, F. C. A “realidade do saber e da habilidade que se inculca”: clima, médicos e saúde pública no Brasil, 1808-1835. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 9, p. 3409–3417, 2022.

LEITE, S. N. *et al.* Projeto Integra: fortalecimento da participação social na agenda das políticas, serviços e tecnologias em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 5589–5598, 2021.

OLIVEIRA, L.C.F.; NASCIMENTO, M.A.A.; LIMA, I.M.S.O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde debate**, v. 43, n. esp5, p. 286-98, 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PINTO, R. S.; CASTRO, M. S. de. Caminhos da assistência farmacêutica na atenção básica: o desafio da garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 341–360, 2022.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. D. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 124, p. 17–31, 2020.

SANTANA, M. S. **Central de Medicamentos (CEME): políticas de assistência farmacêutica no Brasil da ditadura civil-militar**. 2022. 249 f. - Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, I. F. dos; GABRIEL, M.; MELLO, T. R. de C. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DESSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL. **Humanidades e Inovação**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 381–391, 2020.

SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

VIANA, A. L. d’Ávila; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de Políticas de Saúde. *In: POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRAISL*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1097.

VIEIRA, F. S. **DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf).