

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática do presente trabalho surgiu a partir da observação realizada durante o período de estágio na Clínica Médica I, do Hospital Universitário/UFSC no período de 2009.2 à 2010.1. Se percebeu a grande dificuldade que os usuários do SUS têm para obter os medicamentos que necessitam, pois, muitos não são padronizados seja pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde. A situação se agrava quando nenhuma das instâncias citadas à cima fornece o medicamento, tendo que, o usuário iniciar um processo via judicial demorado para obtê-lo. Toda essa trajetória que o usuário tem que percorrer prejudica o tratamento da sua saúde, motivo pelo qual muitos usuários apelam para a compra dos medicamentos nos estabelecimentos farmacêuticos privados, ou simplesmente, abandonam o tratamento.

Foi na perspectiva de diminuir os gastos com medicamentos das famílias brasileiras que o Governo Federal instituiu em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil. No entanto, este Programa exige o pagamento em troca do medicamento. Além disso, permite a parceria com o setor privado farmacêutico. A razão da sua existência nos traz muitas reflexões, mas que se resumem a uma única razão: a falta de compromisso e respeito com a própria Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e conseqüentemente com a população brasileira.

O Programa Farmácia Popular do Brasil, desde a sua criação, vem criando inúmeras discussões entre os que o defendem e os que percebem a sua inconstitucionalidade e retrocesso. E é nessa perspectiva de discussões que o presente trabalho visa, em sua terceira seção, verificar se os Conselhos de Saúde realizam tal debate, uma vez que o próprio Movimento da Reforma Sanitária das décadas de 1970 e 1980 sempre defendeu um sistema de saúde gratuito e igualitário que beneficiasse as necessidades e carências de toda a sociedade, e não somente uma parcela que pode pagar pelos medicamentos fornecidos pelo Programa.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o Programa Farmácia Popular do Brasil no contexto das diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e identificar como este tema perpassa a pauta dos Conselhos de Saúde.

A pesquisa desenvolvida foi de caráter qualitativo e exploratório, realizado através da revisão da literatura da disciplina Serviço Social e Seguridade Social: Saúde, estudo da

legislação relacionada à saúde e documentos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assim como pesquisa nas atas dos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis, Jaraguá do Sul, Joinville e Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina do período 2007 à 2009, com a intenção de apresentar fundamentação teórica para a discussão da inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil e a sua relação com o controle social.

O processo de seleção das atas foi dificultoso, uma vez que foi dada prioridade aos Conselhos que possuíam esses documentos *online*. A maioria dos 293 municípios de Santa Catarina não possuem endereço eletrônico, assim como a minoria que possuem não disponibilizam as atas no site. Assim, as únicas atas encontradas, disponíveis para pesquisas foram os quatro Conselhos supracitados. O processo de leitura também apresentou dificuldades tendo em vista o número de páginas de cada ata e o número de reuniões ocorridas durante do período pesquisado.

A primeira seção do trabalho apresentará a instituição da saúde como direito da população e dever do Estado em garanti-la, na Constituição Federal de 1988 até o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Normas Operacionais. Apresentará também, as Leis infraconstitucionais nº 8.8080 e nº 8.142, ambas de 1990, nas quais formaram a base legal da saúde no Brasil e que garantem o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, estando a Assistência Farmacêutica incluída em suas diretrizes.

A segunda seção irá abordar a evolução da Assistência Farmacêutica, antes e depois do SUS, até a sua constituição como Política em 2004. Mesmo após sua criação, a Política de Assistência Farmacêutica vem apresentado irregularidades que acabam por afetar o usuário do SUS. Exemplo disso é a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (resultado do mau planejamento), a não padronização de medicamentos receitados pelos médicos, abertura de processos judiciais para a obtenção de medicamentos, e a própria Farmácia Popular do Brasil. Nesta seção, portanto, o Programa também irá se apresentado no contexto da Assistência Farmacêutica do SUS, e a tensão existente entre o setor público e o setor privado de saúde.

A terceira seção irá apresentar a pesquisa realizada nas atas das reuniões entre 2007 e 2009, nos Conselhos Municipais de Saúde de Jaraguá do Sul, Joinville, Florianópolis e Conselho Estadual de Santa Catarina, na qual apresenta como objetivo verificar se esses espaços discutem a problemática do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Por fim, a dificuldade encontrada pelos usuários do SUS no acesso aos serviços de saúde, em especial os medicamentos, e o crescimento do número de Farmácias Populares no Brasil, resultado de grande investimento do Governo Federal no Programa, acabou sendo grande motivação deste trabalho. Neste sentido, apesar do Serviço Social não trabalhar com a Assistência Farmacêutica propriamente dita, a profissão tem como objetivo fundamental garantir qualquer tipo de acesso aos direitos, inclusive, a Assistência Farmacêutica, tema deste trabalho. E mais do que “garantidores” de direitos, o Serviço Social faz a leitura da demanda que se apresenta para o profissional, fato percebido claramente durante o período de estágio no Hospital Universitário. Para “comprar esta briga”, os Assistentes Sociais devem conhecer a Política de Saúde, neste caso, a Política de Assistência Farmacêutica, de forma a qualificar o atendimento e garantir o acesso à saúde de forma universal, integral e gratuita, e tentar concretizar o SUS que está na Constituição Federal de 1988 e que tanto o Movimento da Reforma Sanitária lutou.

1 O SUS nos anos de 1990 e 2000

A Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2007, p. 151).

1.1 O arcabouço legal do SUS

A Política de Saúde antes da criação do SUS era vinculada inicialmente às atividades previdenciárias do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Dessa forma, o caráter contributivo excluía grande parcela da população brasileira do acesso à assistência à saúde, mostrando que o conceito de cidadania hoje é mais ampliado que o anterior. O Brasil possui um dos maiores índices de desigualdade social, sendo assim, as políticas sociais têm que tomar um caráter universalista e constituir-se em instrumento de redistribuição e busca da equidade. No entanto, por ser um país que preserva, secularmente, desigualdades marcantes, “é preciso combinar o princípio de igualdade, embutido no conceito de cidadania e nos sistemas universais, com um princípio de justiça que permita a construção de uma cidadania diferenciada” (FLEURY, 2007, p. 78).

Portanto,

esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde, além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde (BRASIL, 2003a, p. 14)

Dessa forma, as principais bandeiras de luta defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária durante as décadas de 1970 e 1980 conseguiram ser incorporadas pela Nova Carta no Título VII da Ordem Social no Capítulo II e Seção II os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 que constituem, portanto, a formalização do direito à Saúde no Brasil. Para Bravo (2001), a nova Constituição passou a atender grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário, que conseqüentemente limitou os interesses empresariais do setor hospitalar, mas

que não alterou a situação da indústria farmacêutica. Segundo Vidal (2001), foi a partir da década de 1970 que este setor começou a crescer e a se fortalecer com capital nacional, chegando a dominar 80% do mercado farmacêutico do país.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado em garanti-la através de implementações de políticas sociais e econômicas, visando a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Já a definição dessas ações e serviços como de caráter público são expostas no artigo 197 no qual atribui ao Poder Público, com o respaldo das leis, a sua regulamentação, fiscalização e controle, podendo ser executadas tanto por terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado. Assim, os dois artigos supracitados se complementam, pois ao mesmo tempo em que um estabelece um novo dever do Estado, o outro define esse dever como de caráter público.

O personagem principal da atual Política de Saúde é estabelecido no artigo 198, no qual garante que as ações e serviços de saúde, financiadas pelas três esferas de gestão, sejam organizadas e oferecidas através de uma rede regionalizada e hierarquizada, além de definir a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade como diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, para Nogueira e Miotto (2007), o atendimento integral visando as atividades preventivas, veio confrontar-se com o modelo de atenção à saúde vigente, no qual era baseado na medicina curativa e na atenção à doença, assim como o reconhecimento de fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde de cada indivíduo (PINHEIRO e MATOS, 2001).

O artigo 199 permite que a saúde seja livre à iniciativa privada, ou seja, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as de sem fins lucrativos. No entanto, a destinação de recursos públicos como forma de auxílio a estas instituições privadas é uma prática ilegal, assim como a participação de capital estrangeiro para assistência a saúde do país. Assim como o artigo 197, este também deixa abertas as portas para o capital privado. Mas, é evidente que tais práticas, associadas ao avanço neoliberal, vêm ocorrendo no país, permitindo que o “modelo médico assistencial privatista” se reatualize (BRAVO, 2001), o que será verificado no decorrer do presente trabalho.

O artigo 200 trata das competências do SUS, assim como apresenta outras atribuições como:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2008, p. 132-133).

As competências do SUS supracitadas mostram com clareza a ruptura com o modelo de atenção à saúde anterior, no qual predominava a dicotomia entre as atividades preventivas e curativas individuais da assistência médico-hospitalar, em detrimento das ações coletivas, assim como o privilegiamento da assistência privada, a ausência de controle social, o acentuado clientelismo nas relações de governo e as desigualdades de tratamento entre as esferas de governo (BRASIL, 2003a; SILVA 1983).

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil. Fortalecido pelo arcaico conceito de saúde como ausência de doença e pelos ganhos de capital de interesse do complexo médico-tecnológico e daqueles meramente mercantilistas, esse modelo tornou-se, evidentemente, incapaz de articular a interface da saúde com os fatores que influem na qualidade de vida das pessoas e das comunidades (BRASIL, 2003a, p. 129).

Os artigos que dizem respeito a saúde no texto constitucional foram regulamentadas na Lei nº 8.080/90 que trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 2007b). A referida lei trouxe a saúde como um direito fundamental humano e reafirmou o dever do Estado em garanti-la, enfatizando o conceito ampliado de saúde no seu art. 3:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, não paginado).

Este conceito de saúde deve muito ao debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e, sobretudo a conceituação de Arouca:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo [...] (AROUCA, 1987, p. 36).

Este conceito representa uma nova concepção de saúde, na qual ganhou uma dimensão muito maior do que a anterior fundamentada no modelo médico assistencial privatista. Esta, por sua vez, supera o nível de qualidade de vida tido até então, pois “a saúde não é simplesmente ausência de doença, mas é bem estar físico, mental, social e político” (AROUCA, 1987, p. 37), para que este conceito, portanto, se concretize, é necessário que o projeto de redemocratização se efetive (AROUCA, 1987). Dessa forma, as competências do SUS supracitadas refletem exatamente a vontade de democratizar a Política de Saúde, no momento em que sugere o controle social e a participação da população no planejamento desta política.

“A Reforma Sanitária brasileira foi formulada na perspectiva de romper com o modelo corporativista tradicional, reverter a linha privatizante da política setorial e integrar áreas correlatas de política social, histórica e estruturalmente tratadas em separado” (ALMEIDA, 2003, p. 208), além de formalizar o conceito ampliado de saúde, propor o SUS, com acesso universal e igualitário, atenção integral em todos os níveis, com privilégio do setor público e regulação efetiva sobre o setor privado.

Assim sendo, as ações e serviços de saúde, públicas ou privadas, como por exemplo, a Assistência Farmacêutica citada no artigo 6º da mesma Lei, deve ser desenvolvida de acordo com as diretrizes citadas no artigo 198 da Constituição Federal, como também como os princípios estruturados pela Lei nº 8.080/90:

- I - **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - **integralidade** de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV - **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - **participação da comunidade**;
- IX - **descentralização** político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) **regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, não paginado, grifos meu).

No entanto, a Assistência Farmacêutica, desde a criação da Lei nº 8.080, passou por diversas dificuldades, começando pelo seu entendimento reduzido a uma política de medicamentos, excluindo a ideia de que fazem parte do seu processo procedimentos como a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e científico, a produção, o controle de qualidade, a compra, o armazenamento, a distribuição e a dispensação, até o momento do acesso dos usuários aos medicamentos (COELHO, 2003).

O governo do Presidente Fernando Collor de Melo foi marcado pela proposta neoliberal de privatizações, no início de reformas econômicas e administrativas na tentativa de desmontar as políticas sociais, atraso no pagamento dos hospitais conveniados ao SUS, como também na contenção dos gastos públicos. Segundo Cohn e Elias (1996), o Ministério da Saúde declarou na época que as despesas com a saúde em âmbito federal sofreram diminuição de US\$ 63,46 (média anual por habitante durante o governo Sarney) para US\$ 54,70 (média anual por habitante durante governo Collor), demonstrando assim os cortes nos gastos com a saúde.

Nessa perspectiva, o Presidente Fernando Collor de Melo, ao regulamentar a Lei nº 8.080 sob a perspectiva neoliberal presente na economia e na política, não hesitou ao vetar os itens, principalmente sobre financiamento e controle social, que instituía as conferências e os Conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde.

As atitudes do referido Presidente da República, representando a posição clara do poder político e econômico vigente, que contrapôs a democracia participativa pós regime

militar, gerou reações da população, mais precisamente da sociedade civil organizada, fazendo com que fosse criada a Lei nº 8.142/90 que, contrariamente a opção do Presidente Fernando Collor de Melo, regulamentou a criação e a participação popular através das seguintes instâncias colegiadas: Conferências e Conselhos de Saúde como forma de controle social no SUS, como também as transferências diretas entre governos de recursos financeiros.

1.2 O processo de implantação do SUS

A agenda do Movimento da Reforma Sanitária da década de 1980 visava romper com o modelo médico-assistencial privatista, no entanto a política vigente estava fundamentada em uma conjuntura político-econômica¹, nacional e internacional, caracterizada como desfavorável à agenda sanitária. Nesta conjuntura, o processo de implementação do SUS foi permeado por um conjunto de “reformas incrementais leves, representadas pelas normas operacionais, obtidas por consenso das três esferas de governo após longas negociações e finalmente materializadas em Portarias Ministeriais” (BRASIL, 2006, p. 27).

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) foram instituídas como um instrumento de regulação para permitir à saúde dar conta do dinamismo e da complexidade da sua descentralização. Elas definem o papel e as competências de cada esfera de governo, as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas atribuições no SUS, assim como critérios para os repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Assim, para Levcovitz, Lima e Machado (2001), as NOBs SUS 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 contribuíram e permitiram a normatização e operacionalização das relações entre as esferas governamentais, pois não estavam previstas nas Leis nº 8.080 e 8.142. Também, são consideradas como avanços, pois possibilitaram o modelo de descentralização, tanto nas questões de transferências de recursos financeiros da esfera federal para a municipal, como nos espaços de negociação nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como forma de operacionalizar políticas, programas e projetos nacionais.

¹ Conjuntura esta que estava marcada pela onda conservadora de reformas iniciados nos anos de 1980, tanto no plano político, econômico e social, norteadas pelo fortalecimento do Projeto Neoliberal (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

Bueno e Merhy (1997) e Carvalho (2001) consideram que apesar dos avanços, as NOBs também apresentaram retrocesso na Política de Saúde.

Não pode ser limitado por parâmetros de planejamento de capacidade instalada, programação da assistência ou níveis de hierarquização do sistema; todas as ações e serviços de saúde deverão estar disponíveis durante todo período na rede de serviços, com as unidades funcionando o tempo mais longo possível e de acordo com as necessidades da população. Deve-se gerar formas variadas de produção de serviços, que em ato, permitam redesenhar o campo tecnológico de intervenção em saúde e abram novas linhas de produção de necessidades. Deve-se buscar novas formas de relação trabalhadores de saúde e usuários (BUENO e MERHY, 1997, não paginado).

Segundo Carvalho (2001), as NOBs cometeram dois erros graves: o primeiro referente à tentativa de inovar e criar normas além e acima do que a própria Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde promulgam; a segunda referente à utilização do tempo e espaço para repetir o desnecessário, já que a legislação da saúde já previa o que as NOBs estavam dispendo.

Ou seja, as NOBs assumiram o papel da legislação maior, tentando, segundo o próprio autor, inovar, deixando de cumprir o seu papel de operacionalizador. Prova disso são as Leis nº 8.080 e nº 8.142, nas quais definiram que todo o recurso da esfera federal deverá repassar aos estados, Distrito Federal e municípios, exclusivamente pelo critério populacional, ou seja, repassado em valor *per capita*, ação que segundo Carvalho (2001), nunca se cumpriu, e que ao mesmo tempo afronta essa determinação criando outros critérios de distribuição de recursos.

Afirma-se, portanto, que a organização dos serviços e ações de saúde é de extrema importância, pois através dela é que se legitimará o SUS e que se poderá garantir o acesso aos serviços aos usuários. No entanto, observa-se uma disputa entre o modelo neoliberal e o modelo do Movimento da Reforma Sanitária, pela hegemonia no modelo de organização e distribuição de serviços de saúde no Brasil. Assim, concorda-se com Bueno e Merhy (1997) e Carvalho (2001), pois a criação das NOBs, na tentativa de auxiliar o processo de implementação do SUS, fragmentou o acolhimento na saúde, que vai além das atividades acríicas curativas, perpassando pela subjetividade e pela escuta dos sujeitos. Esquece-se o conceito de saúde ampliada ao mesmo tempo em que amputa a autonomia dos municípios, pois somente estes têm a capacidade de conhecer a população local, suas especificidades e perfil epidemiológico, não sendo, portanto, satisfatória a criação do Piso Assistencial Básico (PAB).

Em setembro de 2000, a Emenda Constitucional (EC) nº 29 foi aprovada, havendo possibilidade de fixar recursos constitucionalmente para a saúde. Assim, foram definidos os quantitativos, constitucionalizando o fundo de saúde em cada esfera de governo, como também o Conselho de saúde, atribuindo-lhe o papel de acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde e definindo sanções para quem não o cumprisse. A EC nº 29 estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (GOMES, 2004). Entretanto, segundo Carvalho (2008), a grande derrota foi nos quantitativos definidos, pois a União passou a ter que investir em saúde em 2000 “o mesmo valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e nos anos seguintes o empenhado no ano anterior, aplicada a variação nominal do PIB²” (CARVALHO, 2008, p. 45). Os estados por sua vez tiveram que investir no mínimo 12% e os municípios no mínimo 15%. Como a maioria dos estados e municípios não conseguiu realizar esses investimentos, eles tiveram a autorização de contribuir com a diferença em um prazo de cinco anos.

No entanto, Gomes (2004) afirma que apesar da criação da EC nº 29, o Ministério da Saúde vem deixando de cumprir até com os mínimos constitucionais, colocando despesas que não são da saúde como sendo da saúde. Carvalho (2008) aponta um exemplo disso ao citar sobre os gastos com a saúde privada dos servidores públicos. O autor afirma que os gastos privados direto com saúde somaram em 2007 R\$ 98,4 bilhões, sendo que cerca de R\$ 50 bilhões foram destinados para planos e seguros de saúde, R\$ 21 bilhões com desembolso direto e R\$ 27 bilhões com gasto direto com medicamentos, totalizando R\$ 192,8 bilhões (R\$ 1.050 habitantes/ano). Nesse mesmo período, países que formam a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastaram entre três mil e sete mil dólares habitante/ano somados às vantagens para a saúde de melhores condições gerais de vida e educação, fortes condicionantes e determinantes da saúde (CARVALHO, 2008). Outro exemplo citado por Mendes e Marques (2003) trata-se da inclusão de alimentação e saneamento básico, atividades financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, que por sua vez, utiliza orçamento do Ministério da Saúde.

O fato da EC nº 29 não estar sendo cumprida, seja em nível da União como dos estados, pode resultar no aprofundamento do processo de (des)financiamento da área da saúde. Mesmo para o primeiro orçamento definido pelo governo Lula, a inclusão do Fundo de Erradicação da Pobreza como atividade do Ministério da Saúde, indica que o Governo Federal não tem muita disposição no gasto com saúde e tampouco

² Produto Interno Bruto.

em definir fontes exclusivas para seus custeios (MENDES e MARQUES, 2003, p. 403).

Ainda como estratégia de auxílio para a implementação do SUS, em janeiro de 2001 foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001³) que instituiu os Planos Diretores de Regionalização (PDR⁴) e Plano Diretor de Investimentos (PDI⁵), e introduziu a ideia de redes de assistência, além de tentar ampliar a autonomia dos municípios na questão da Atenção Básica, definir o processo de regionalização na assistência à saúde, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e estabelecer novos critérios para habilitação⁶ dos estados e municípios (BRASIL, 2007a).

Já a NOAS 01/2002 apresentou propostas⁷ relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada (BRASIL, 2007b).

Contudo, não se percebe como o principal avanço das NOAS o processo de descentralização e autonomia que este objetivava promover nos municípios. Para Carvalho (2008), os recursos ficaram mais centralizados e fragmentados, na medida em que se exigia o cumprimento de regras, mesmo estando eles em plenitude com a gestão. Muitas vezes o usuário paga pelo fato do município não estar de acordo ou dentro de um pré-requisito que o

³ A NOAS 01/2001 foi anunciada pela Portaria Ministerial nº 95, em 26 de janeiro de 2001.

⁴ O Plano Diretor de Regionalização (PDR) deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a: a) assistência pré-natal, parto e puerpério; b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias; d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância; f) atendimento de afecções agudas de maior incidência; g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; j) controle de doenças bucais mais comuns; e k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica (BRASIL, 2007b, p. 112).

⁵ O Plano Diretor de Investimentos (PDI) é parte integrante do PDR e o que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento a fim de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2007b, 112).

⁶ Os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde, enquanto os estados puderam se habilitar em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual (BRASIL, 2007b).

⁷ As principais modificações em relação a NOAS anterior foram: a) o município pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA); b) cabe aos estados a gerência de unidades públicas de hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemocentros (sejam públicos ou privados) e laboratórios de saúde pública; c) estabeleceu a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA (BRASIL, 2002).

Ministério da Saúde exige. Reflete-se, portanto, em até que ponto a União descentraliza e até que ponto os municípios têm autonomia para gerir? É relativamente “fácil” o Ministério da Saúde repassar recurso financeiro sem conhecer as especificidades dos municípios, tratando todos da mesma forma, esquecendo dos princípios da universalidade e integralidade, e especialmente o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde. Percebe-se claramente essa discrepância ao tratar da dificuldade do acesso aos medicamentos.

O Pacto pela Saúde lançado em 2006 apresentou como sendo seu diferencial justamente não ser uma norma operacional, mas sim, um composto de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que possibilitam a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão, além da promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2006). O documento oficial faz um resgate histórico desde o Movimento da Reforma Sanitária, passando pela Constituição Federal de 1988 e afirma estar se recriando permanentemente em meio às reformas acordadas entre os três entes federativos (Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS) (BRASIL, 2007a). O Pacto pela Saúde retoma as propostas da NOB 1/1996 e das NOAS com ênfase na regionalização e na busca de melhor definição do papel dos gestores em suas respectivas esferas de governo, ou seja, maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS, embora ainda de forma insuficiente (BRASIL, 2009).

Posteriormente, em 2007, na gestão do Presidente Luis Inácio da Silva, o Governo Federal lançou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, onde apresenta além das necessidades de saúde da população brasileira, metas⁸ a serem alcançadas com relação às ações de prevenção e cura, de promoção da saúde, da gestão do trabalho (formação, qualificação e valorização), da qualificação da gestão do sistema, da participação social e cooperação internacional. Outra meta apresentada trata-se da intervenção do governo no *complexo industrial da saúde*, na qual abrange a produção de farmoquímicos, medicamentos, equipamentos, materiais médico-odontológicos etc, com intuito de obter investimentos financiados pelo Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) e a Financiadora de Estudos e Pesquisas (FINEP), ao mesmo tempo em que se utiliza a “estratégica do poder de compra do Estado, ao desenvolvimento de ciência e tecnologia nacional na área e à produção nacional, e conseqüente impacto no PIB, no modelo de desenvolvimento e no emprego na área”

⁸ Metas acompanhadas dos correspondentes recursos financeiros até o ano de 2011 (SANTOS, 2008).

(SANTOS, 2008, p. 06). Este mesmo Programa também estabeleceu metas a serem atingidas pelo Programa Farmácia Popular na qual será apresentada posteriormente.

Apesar da expectativa de fortalecimento do SUS constitucional colocada sobre o governo Lula, este permaneceu na tendência do projeto neoliberal desencadeado no início dos anos de 1990. As políticas sociais se apresentam cada vez mais fragmentadas e subordinadas à lógica do mercado. Exemplo da atual política macroeconômica representada pelo atual governo é a precarização dos serviços e ações de saúde, terceirização dos recursos humanos, que transforma órgãos públicos estatais em agências privadas, ilustrando o descompromisso do Estado com a saúde da população, deixando-a à mercê dos agentes privados alavancados por recursos públicos, o desfinanciamento, ou seja, as políticas sociais estão cada vez mais focalizadas, atendendo às questões emergentes e não encarando o problema central do SUS como “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2007, p. 106). Segundo a mesma autora, programas como a Farmácia Popular, no qual permite o co-pagamento para obtenção de medicamento fere os princípios do SUS, possibilitando novas práticas desse tipo. A privatização da saúde no Brasil, portanto, apresenta várias facetas, algumas mais explícitas e outras reservadas ou mascaradas de *modernização gerencial* (NORONHA e SOARES, 2001).

No entanto, para os autores supracitados, as restrições mais evidentes ocorridas na década de 1990 foi a financeira, que foi e vem reduzindo de forma sistemática e agressiva o gasto público *per capita* em saúde no Brasil⁹. Portanto, a ideia prevista na Constituição de 1988, de que um orçamento único e com variedade de fontes de financiamento para os seus componentes de saúde, assistência e previdência social foi abandonado.

Assim, a propostas constrangedoras por parte do governo, como a da Reforma da Previdência e não da Seguridade Social, foi uma tentativa de desmontar a mesma recém reconhecida na Constituição Federal de 1988 (BRAVO, 2007), e em 1995 o Plano da Reforma do Estado que também veio tentar deslegitimar a Seguridade Social. Ambas as Reformas vieram na contramão da agenda do Movimento da Reforma Sanitária. Por isso, segundo Bravo e Matos (2007), no final da década de 1990, o projeto da reforma sanitária foi questionado, fazendo com que ele se articulasse com o projeto de saúde vinculado ao mercado, restando ao Estado o papel de garantir o mínimo aos que não podem pagar pelos serviços de saúde e deixando para o setor privado o atendimento daqueles que têm condições financeiras de arcar com os custos dos serviços de saúde, os chamados consumidores.

⁹ Segundo Noronha e Soares (2001), o gasto público per capita no país permaneceu abaixo de países latinoamericanos mais pobres que o Brasil.

Vários autores concordam com a deficiência do modelo atual de gestão e organização das práticas e serviços de saúde, que se apresentam pouco resolutivas e excludentes. Como cita Carvalho (2008), a lógica médica tradicional tem desvalorizado a saúde pública, induzindo a especialização crescente e a incorporação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e dos modelos hospitalocêntricos de forma mercantilista e descompromissada, gerando a mercantilização da saúde.

Contudo, apesar da Constituição de 1988 ter representado a promessa de ampliação dos direitos sociais, a correção das injustiças sociais históricas acumuladas durante séculos, não foi capaz de universalizar os direitos em prol das privatizações das coisas públicas pelas classes dominantes (BRAVO, 2001). Fica claro que a saúde durante a década de 1990 e ainda nos anos 2000 passa por uma tensão entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, no qual predominou a ascensão de uma nova postura do Governo Federal influenciando e repercutindo em diversas políticas sociais “com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da educação e da saúde” (BRAVO, 2001a, p. 49).

A impressão de que o governo não permite a efetivação do SUS é apontada e enumerada por Carvalho (2008): primeiro pela demora na sua regulamentação (três anos para promulgar as Leis Orgânicas), além dos vetos à Lei nº 8.080; segundo porque não financia o SUS de modo conveniente (não aprova no Congresso Nacional o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/93 que regula o financiamento no qual prevê 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% dos orçamentos da União, Estados e Municípios para o SUS); terceiro porque não promove reformas da máquina administrativa que garantam agilidade e eficiência da gestão (ao contrário, criam-se amarras que engessam a gestão pública para justificar as vantagens da gestão privada), e quarto porque na sua operacionalização não tem buscado a qualidade e a eficácia da atenção em saúde.

Deste modo, resultado de todo esse processo de deslegitimação da saúde pública no Brasil são as inúmeras consequências da crescente desresponsabilização do Governo Federal sobre suas atribuições no âmbito social. Ou seja, as políticas sociais e de saúde perderam seu caráter integrador, “caindo numa visão focalista onde o *local* é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais *eficientes* e acordes às necessidades da população” (NORONHA e SOARES, 2001, p. 446, destaque do autor). Portanto, o retrocesso ocorre quando se percebe que as pessoas e as famílias são as responsáveis primeiras por sua saúde e bem-estar, indivíduos estes que se encontram em

estado de abandono por parte do Estado, caindo no que Noronha e Soares (2001) chamam de *reducionismo*.

O SUS representa, portanto, concomitantemente avanços e retrocessos na área da saúde pública brasileira, pois, é considerado o maior projeto público de inclusão social, onde mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente (BRASIL, 2008a), apesar de sobreviver em meio a graves dificuldades e obstáculos oriundos no modelo de gestão, que Santos (2008, p. 03) cita:

[...] drástico sub-financiamento público, fragmentação dos repasses federais, largo predomínio do pagamento de serviços por produção em regra com valores inferiores aos custos, descolamento dos hospitais do SUS das redes hierarquizadas/regionalizadas, baixíssima implementação dessas redes, desastrosa precarização das relações e gestão do trabalho na prestação dos serviços do SUS, ausência de autonomia gerencial na prestação de serviços, das práticas de metas, desempenho e resultados, desregulação dos planos privados de saúde e da demanda (hoje com porta de entrada privilegiada) dos seus filiados aos serviços do SUS a luz dos princípios e diretrizes Constitucionais, desregulação da produção de insumos e bens de saúde a luz dos mesmos princípios e diretrizes, enfim, o modelo de gestão com base nos interesses da oferta de serviços sobrepondo-se às mudanças a serem realizadas com base nas necessidades e direitos da população.

Para Santos (2009), o SUS representa o maior projeto público de inclusão social do qual apresenta, através de percentuais de 2007, os seus avanços em termos de acessibilidade à saúde:

- Presença de Agentes Comunitários de Saúde em 95% dos municípios, cobrindo 110 milhões de pessoas.
- 27.000 Equipes de Saúde de Família atendendo 87 milhões de pessoas.
- 3,1 milhões cirurgias realizadas, sendo 215 mil cardíacas e 12 mil transplantes.
- 13,4 milhões de ultrasons, tomografias e ressonâncias.
- 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais.
- 212 milhões de atendimentos odontológicos.
- 9 milhões de seções de radio e quimioterapia.
- 9 milhões seções de hemodiálise.
- 23 milhões de ações de Vigilância Sanitária.
- 610 milhões de consultas.
- 10,8 milhões de internações.
- 403 milhões de exames laboratoriais.
- 150 milhões de vacinações.

- 2,1 milhões de partos.
- 55 milhões de sessões de fisioterapia (DATASUS e Sistemas Específicos de Informações em saúde/MS apud SANTOS, 2009).

No entanto, apesar dos números serem significativos, a inclusão social que o SUS oferece não possibilita efetivamente mudanças estruturais expressivas no modelo de atenção orientadas pelo conjunto dos princípios e diretrizes do SUS. O que se percebe são mudanças ainda funcionais que tencionam mas não conseguem mudar os interesses e estruturas básicas do modelo “*pré-SUS*” Exemplo disso é a demanda reprimida que não tem oportunidade de acesso à saúde: 13 milhões de hipertensos, 4,5 milhões de diabéticos, 25% dos tuberculosos, hansenianos e maláricos, e 90 mil portadores de câncer sem acesso à radio ou quimioterapia (SANTOS, 2009).

A discrepância pode ser observada ao mesmo tempo em que o número de profissionais de saúde, programas específicos, repasses financeiros e materiais, auxílios, farmácias populares, número de consultas e exames etc. aumentam, junto com a dificuldade no acesso e o número de investimento privado na área da saúde, fazendo parte desse processo contraditório.

Um exemplo positivo disso é a expansão do setor da saúde que pode ser observada nos Quadros 1 e 2 a seguir. O primeiro indica o crescimento no número de estabelecimentos de saúde no setor público do país. No final da década de 1970 existiam 13.133 estabelecimentos, passando para 18.489 no ano de 1980 e chegando ao extraordinário número de 67.612 no ano de 2002.

Quadro 1: Crescimento do número de estabelecimentos públicos de saúde no Brasil entre 1970 e 2002

Período	Nº de estabelecimentos de saúde
Final da década de 1970	13.133
1980	18.489
2002	67.612

Fonte: Brasil. SUS 20 anos. CONASS (2009)

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_CONASS_2009.pdf>.

Já o segundo quadro reflete o crescimento mostrado no quadro anterior com a expansão de novos espaços de trabalho na esfera pública municipal. Esta, em 1984

representava 18% do total do número de empregos na esfera pública. No entanto, em 2002, este percentual apresentou um avanço, chegando a representar 66,3% do total do número de empregos na esfera pública municipal, ou seja, houve a admissão de mais de 2 milhões de trabalhadores. Paralelamente ao crescimento do número de estabelecimentos e empregos na esfera pública municipal, houve uma diminuição dos mesmos na esfera federal e estadual, assim como a redução da rede hospitalar pública brasileira, ocorrendo a *desospitalização* do sistema. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o setor público de saúde passou a ser o maior empregador do SUS com 54,7% dos postos de emprego (BRASIL, 2009).

Quadro 2: Alteração do número de empregos públicos, no Brasil, na área da saúde nas três esferas de governo entre 1984 e 2002

Esferas	1984	1992	2002
Nº de empregos públicos na esfera federal	40%	15,5%	8,1%
Nº de empregos públicos na esfera estadual	39%	42,9%	25,6%
Nº de empregos públicos na esfera municipal	18%	41,7%	66,3%

Fonte: Brasil. SUS 20 anos. CONASS (2009) apud IBGE (2002)

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_CONASS_2009.pdf>.

As Normas Operacionais do SUS (NOB e NOAS) que definiram as competências de cada esfera de governo e que foram criadas justamente para auxiliar no processo de implantação do SUS pouco ajudaram na área de recursos humanos. Em contrapartida, nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos ocorridas em 1986, 1993 e 2006 propuseram a necessidade de se construir um novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde, para que assim pudessem construir o SUS coletivamente (BRASIL, 2009).

2 A Assistência Farmacêutica no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou em 1978, em Alma-Ata, ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a “Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde”, recomendando a todos os países o incentivo aos cuidados primários de saúde. Os aspectos mais importantes da reunião durante o debate sobre a Assistência Farmacêutica foram:

- Considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde.
- A recomendação para que os governos formulem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde; que adotem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e que estabeleçam sistemas eficientes de administração e fornecimento (MARIN, 2003, p. 115).

Assim, nos anos subsequentes foram criados o Programa de Ação de Medicamentos da OMS, em 1981, com a finalidade de diminuir a morbi-mortalidade das doenças mais comuns entre a população, auxiliar na implementação das políticas nacionais de medicamentos, de programas para de acesso aos medicamentos essenciais, bem como assegurar a qualidade e seu uso racional (MARIN, 2003). Percebe-se, portanto, que em âmbito mundial se iniciou uma preocupação com o acesso à saúde da população, influenciando os demais governos, assim como o Brasil que até 1988 apresentava serviços de saúde de caráter médico assistencial-privatista e previdenciário.

Segundo Marin (2003), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) mostrou que as medidas adotadas pelos governos latino-americanos para ampliar a disponibilidade e acesso aos medicamentos vêm tracejando duas tendências: a primeira é caracterizada pela pressão da economia que, por sua vez, apresenta poucas considerações à área da saúde. Exemplo disso é o processo de revisão e atualização da legislação sobre medicamentos, que em muitos casos, se apresenta com um componente de desregulamentação, refletindo sobre

a liberação dos preços dos medicamentos, a promoção da importação mediante a eliminação de barreiras alfandegárias, o reconhecimento automático do registro de medicamentos de outros países, as modificações estruturais nas agências reguladoras, dirigidas à simplificação e reformulação do procedimento de registro e à expansão da comercialização de medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos (MARIN, 2003, p. 117).

Já a segunda tendência refere-se à adoção de medidas destinadas à promoção do uso racional de medicamentos e a melhora da qualidade do tratamento de pessoas com medicamentos.

A estratégia nesta área tem incluído a definição de áreas prioritárias de atenção, a disponibilidade de programas para os setores socioeconômicos menos favorecidos, o fortalecimento dos serviços farmacêuticos, o desenvolvimento da farmácia hospitalar, a criação de comissões de farmacoterapia em hospitais e sistemas locais de saúde, a atualização da lista básica de medicamentos e a promoção e o desenvolvimento de estudos de utilização de medicamentos (MARIN, 2003, p. 117).

Assim, as duas tendências dos governos dos países latino-americanos citadas pela autora mostram que o acesso da população aos medicamentos ocorre através de um processo no qual apresenta duas ideologias conflitantes. A primeira citada é referente ao posicionamento (e pressão) da econômica e da política dos países, que de acordo com o projeto neoliberal, abre caminho para o capital das indústrias e laboratórios estrangeiros, assim como liberação dos preços dos medicamentos, incentivando o surgimento de oligopólios e a conseqüente expansão da comercialização. Essa ideia converge com a segunda citada na qual refere a preocupação dos governos latino-americanos com o uso racional de medicamentos e a melhoria da qualidade de vida da população. Diante de tantos medicamentos expostos em farmácias, drogarias e mercados, como se fossem meras mercadorias, a promoção do uso racional de medicamentos acaba sendo desconstruída perante tantas estratégias de *marketing*.

No Brasil, em 1971, a Central de Medicamentos (CEME) foi criada atuando sempre em torno da questão da produção e distribuição de medicamentos para o consumo da população de baixa renda. No que se referia a produção de medicamentos, a CEME procurava atuar em duas áreas distintas:

1. laboratórios governamentais, que deveriam ser modernizados e racionalizados, mediante utilização de tecnologia e direcionamento da produção para medicamentos tidos como prioritários, os quais eram definidos pela própria CEME; e
2. indústria privada nacional, que seria apoiada tanto pela aquisição prioritária de seus produtos como pelo incentivo ao desenvolvimento tecnológico, o qual seria feito por meio da identificação de matérias-primas a serem produzidas no país, da realização de projetos de pesquisa, da transferência de tecnologia e do incentivo à produção (SANT'ANA e ASSAD, 2004, não paginado).

Inicialmente foi subordinada à Presidência da República, posteriormente foi transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1975, e por fim, vinculou-se ao Ministério da Saúde, em 1985, até ser extinta em 1997 (GOMES, 2004).

Conforme Médici, Beltrão e Oliveira (2002), os objetivos iniciais da CEME eram basicamente assistencialistas, no entanto existiam interesses governamentais estratégicos, especialmente no campo bélico-militar. No campo assistencialista, o objetivo da CEME era suprir de medicamentos das camadas mais carentes da população, enquanto o estratégico havia o interesse em tornar os laboratórios militares auto-suficientes tecnologicamente nos campos da química fina e da bioquímica.

No Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980, a Assistência Farmacêutica era confundida com a CEME, assim como as atividades que esta desenvolvia. O modelo de gestão da saúde e conseqüentemente da CEME eram centralizados, excluindo os estados e municípios das discussões, planejamentos e execuções, de todo o processo decisório. Como a CEME perdurou por vinte e seis anos no governo, ela acabou por ser identificada como um programa que tratava dos medicamentos e da Assistência Farmacêutica no país na época.

A criação da CEME representou uma iniciativa do Governo Federal de produzir medicamentos, intervindo no mercado e na distribuição através do incentivo à produção oficial e do apoio ao desenvolvimento de fármacos. Segundo Marin (2003), os desvios percorridos da proposta inicial fizeram com que a CEME se tornasse uma organização diferenciada na estrutura do Ministério da Saúde,

uma vez que a não implantação de uma política de medicamentos efetiva descaracterizou o seu possível papel como centro de incentivo à pesquisa e como reguladora do mercado. O sucateamento dos laboratórios oficiais aliado ao uso político da instituição reforçaram ainda mais o uso irracional de medicamentos (MARIN, 2003, p. 121).

Outra conseqüência desses desvios foi a não atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais¹⁰ (RENAME¹¹) por quinze anos (de 1983 a 1998), abalando o ponto estratégico da implantação de um sistema integral de medicamentos. Além disso, os critérios de distribuição dos medicamentos não seguiam parâmetros técnicos, resultando na

¹⁰ Para Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, medicamentos essenciais são aqueles que atendem as necessidades prioritárias de saúde de uma população (WANNMACHER, 2006).

¹¹ “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um documento de referência nacional, norteador da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica e da produção do mercado farmacêutico. Serve para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos - RESME e REMUNE” (BRASIL, 2006a, p. 9).

utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos, fosse por prazo de validade vencido ou por armazenagem inadequada (MARIN, 2003).

Em 1987, foi realizado um diagnóstico institucional da CEME, que segundo Gomes (2004) detectou falhas na utilização da RENAME como desperdícios de medicamentos, recursos financeiros insuficientes e pouco conhecimento das doenças prevalentes no país, os quais contribuía para a ineficiência do Programa de Assistência Farmacêutica do período. Assim, falhas da gestão, como a não atualização da RENAME e a falta de estudo epidemiológico¹² dos diferentes municípios, fizeram com que grande parte dos medicamentos e dos recursos financeiros fosse inutilizado e desperdiçado, deixando mais uma vez a população à espera de medicamentos.

Conforme Gomes (2004), diante deste diagnóstico foi criada a Farmácia Básica da CEME, como forma estratégica de racionalizar a disponibilidade de medicamentos para o atendimento primário (nível ambulatorial), na qual era composta por 48 medicamentos selecionados da RENAME. Entretanto, frente a inúmeros problemas, principalmente àqueles decorrentes da centralização dos processos de programação e aquisição que não correspondiam com a realidade da demanda dos serviços de saúde dos estados e municípios, o programa que perdurou por dois anos, foi finalizado em 1988 (GOMES, 2004). No entanto, os gestores da política de saúde da época não levavam em conta que os 48 medicamentos da RENAME poderiam ser úteis para determinadas localidades, como inúteis para outras. A forma de gestão centralizada dificultava o entendimento do perfil epidemiológico dos estados e municípios.

As queixas pela escassez de produtos aumentavam e acumularam-se perdas em estocagem. A aquisição e distribuição centralizadas de medicamentos efetuadas pela CEME demonstraram ser um processo ineficiente.

Conforme Gomes (2004), a década de 1980, apesar dos inúmeros problemas referentes à CEME, foi marcada por um alto índice de produção de medicamentos essenciais, tanto pelos laboratórios oficiais, como pelas empresas privadas de capital nacional. Os recursos financeiros eram originários principalmente do convênio que a CEME mantinha com o INAMPS, ou seja, a rede dos serviços públicos ambulatoriais, inclusive do INAMPS recebia medicamentos adquiridos pela CEME, disponibilizando os produtos que compunham a

¹² A epidemiologia é definida como “o estudo dos determinantes e da distribuição de frequência das doenças nas populações humanas” (HENNEKENS e BURING, 1987, p. 3). Portanto, a epidemiologia é necessária em todas as fases do ciclo da Assistência Farmacêutica para executar uma adequada seleção de medicamentos.

RENAME da época. Este sistema de financiamento permaneceu até a extinção do INAMPS, no início dos anos de 1990, e sua incorporação ao Ministério da Saúde. Entretanto, a aquisição de medicamentos continuou por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que mantinham convênios próprios com a CEME.

Assim, apesar da sucessão de falhas da CEME que culminou com a sua desativação em 1997. Segundo Marin (2003) iniciou a partir desta data um processo de transição dentro do Ministério da Saúde, onde coube à Secretaria Executiva a responsabilidade da manutenção das atividades de aquisição e distribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde. Ao mesmo tempo, houve a criação de uma nova Farmácia Básica nos moldes daquela de 1987, que consistia em um elenco de medicamentos destinados ao atendimento ambulatorial dos municípios com população igual ou inferior a 21.000 habitantes, entregues diretamente aos municípios, com exceção dos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, que já haviam iniciado um processo de organização da Assistência Farmacêutica.

Nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, o consumo de medicamentos e de serviços de saúde tem crescido em razão do envelhecimento da população¹³, do aumento das doenças crônicas e da disseminação das novas e tecnologias médicas. O aumento com gastos públicos com saúde a taxas superiores às da renda nacional e a necessidade de reduzir desequilíbrios fiscais motivaram a realização de reformas sanitárias (BRASIL, 2008a). Assim, em meio a essas transformações, segmentos organizados da sociedade e entidades representativas do setor saúde deram continuidade às discussões na área do medicamento e da Assistência Farmacêutica, a exemplo da IX e X Conferências Nacionais de Saúde, e em espaços institucionais providos pelo Ministério da Saúde, como o Encontro Nacional dos Gerentes Estaduais da Assistência Farmacêutica, em 1996, e a criação da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS, em 1999 (MARIN, 2003).

¹³ Com o decorrer dos anos a expectativa de vida vem aumentando: em 1980, esta expectativa era de 62,6 anos, em 1990 aumentou para 65,7, já em 1990 o número foi para 70,5, e em 2010 apresenta-se em 74 anos (BRASIL, 2008a).

2.1 A Política de Assistência Farmacêutica na era SUS

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 de 1990, além da conjuntura em que a saúde vivenciava, ficou provado que era necessário formular uma política de medicamentos, consoante com a nova estrutura do sistema de saúde do País, o SUS. Como o SUS preconizava a descentralização da gestão e dava autonomia aos municípios pela atenção à saúde, mudanças importantes e novas questões passaram a nortear a Assistência Farmacêutica, iniciando um processo de elaboração e construção (GOMES, 2004).

Assim, em 1998, o Ministério da Saúde aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos, através da Portaria nº 3.916, na qual define a Assistência Farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001, p. 34).

Essa política tem como base os princípios e diretrizes do SUS e tem como objetivos:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;
- Regulação Sanitária de Medicamentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica;
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico;
- Promoção da Produção de Medicamentos;
- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos; e
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2001).

As diretrizes da referida política objetivam nortear as ações das três esferas de governo que além de promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, também exigiu a definição de estratégias e ações de acordo: elaboração e revisão da RENAME, criação da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), regulamentação do medicamento genérico, instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e outros mecanismos de financiamento e compras governamentais, criação do Banco de Preços em Saúde, ampliação e estímulo à produção de medicamentos por laboratórios oficiais e adoção de critérios explícitos de controle e acompanhamento de preços dos medicamentos (BRASIL, 2003).

Segundo Silva (2007) o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica Básica foi iniciado em 1999, quando a aquisição de medicamentos básicos passou a ser responsabilidade das esferas estadual e municipal. A reorientação da Assistência Farmacêutica também está fundamentada na promoção do uso racional de medicamentos, melhoria do sistema de distribuição de medicamentos e iniciativas para reduzir os preços dos mesmos (BRASIL, 2007c).

No entanto, apesar de alguns programas nacionais de acesso aos medicamentos ter destaque internacionais, como é o caso do Programa Nacional de Controle de DST/AIDS e o Programa Nacional de Imunização (SILVA, 2007), o acesso aos medicamentos essenciais através do SUS é ainda um dos principais problemas da atenção à saúde no Brasil. Um fator importante para o não-acesso aos medicamentos está ainda na adaptação da gestão descentralizadora, que fornece a autonomia para os municípios gerirem de acordo com as suas necessidades epidemiológicas, na burocratização de inclusão de novos medicamentos na lista da RENAME e nos interesses do capital privado.

Um acontecimento importante na história da Assistência Farmacêutica do Brasil foi a abertura da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, que foi realizada pela Câmara dos Deputados entre novembro de 1999 e junho de 2000. Esta CPI, segundo Jatene, Pina e Caravante Júnior et al. (2002) possibilitou a identificação de importantes questões que explicavam a precariedade da situação do setor farmacêutico no país. Foram detectados, portanto, problemas com relação ao acesso e ao uso dos medicamentos pela população: uma parcela da população com grande poder aquisitivo possuía acesso aos medicamentos, e um parcela ainda maior, representando 70 milhões de brasileiros, sem poder aquisitivo suficiente para obter os medicamentos, dependendo assim de programas governamentais (BRASIL, 2000a), como por exemplo, Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área da Saúde Mental, que visa atender grupos de pacientes portadores de patologias, que por conta das suas peculiaridades, necessitavam ser referenciados (BRASIL, 2007d). Esta investigação veio relatar, portanto, o que já se presumia: a má distribuição de renda e as suas consequências para a maioria da população.

Enquanto uma pequena parcela da população retém um grande valor aquisitivo, podendo usufruir tanto do SUS e dos medicamentos oferecidos por ele, como da saúde suplementar e compras de medicamentos em farmácias, a outra parcela, maioria da população, depende da oferta de medicamentos pelo SUS, isso quando é ofertado o medicamento que a pessoa necessita, sendo muitas vezes obrigado a comprá-lo em estabelecimentos privados.

Outro fato importante foi a corrupção descoberta na manipulação das compras de medicamentos denunciada através da investigação nomeada *Operação Vampiro*, realizada pela Polícia Federal com o apoio do Ministério Público em 2004. As investigações concluíram que houve um prejuízo dos cofres públicos de R\$ 4,4 bilhões, entre 1999 e 2004 (compras para programas de DST/AIDS, diabetes e hemoderivados) por montar um ministério paralelo para praticar extorsão e cobrar participações na liberação de verbas de quem tinha negócios com o governo (FOLHA ONLINE, 2006; DIÁRIO DO COMÉRCIO, 2009). A data da investigação citada completava dezesseis anos da Constituição Cidadã, na qual institui a saúde como um direito universal, independente do poder aquisitivo da pessoa e de seu vínculo empregatício. No entanto, inúmeras são as tentativas de retirar de forma mascarada esse direito, e muitas vezes têm-se a ideia de que o acesso ao medicamento não faz parte deste direito.

Por mais que desde a extinção da CEME, os laboratórios públicos perderam a capacidade de ação articulada em nível nacional, que possibilitava o direcionamento de sua produção para as necessidades da população (SILVA, 2007), outros grandes avanços foram obtidos com a Política Nacional de Medicamentos, como por exemplo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, além da emergência de debates públicos em torno dos temas dos medicamentos falsificados, a implantação dos medicamentos genéricos, e a própria CPI dos Medicamentos anteriormente citada. Enfim, a Assistência Farmacêutica estava cada vez mais sendo pauta na construção e desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

A respeito das Políticas de Medicamentos, a OMS manifestou em seu discurso:

A OMS apoiará qualquer medida que aumente o acesso a todos os produtos farmacêuticos essenciais de um modo sustentável. Temos de descobrir um modo de ligar as questões de viabilidade comercial e direito ao acesso. Precisamos construir novas pontes entre o fornecimento e a demanda. As falhas hoje existentes são um gigantesco fracasso de mercado. Para termos sucesso, necessitaremos amplas parcerias entre governos em países industrializados e em desenvolvimento, instituições financeiras, e a indústria farmacêutica (OMS, 2000, p. 03).

Portanto, a criação de políticas relacionadas com a área da Assistência Farmacêutica, como por exemplo, a Política Nacional de Medicamentos (1998), a ANVISA (1999), a regulamentação do mercado de medicamentos genéricos, a definição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a normatização do registro de fitoterápicos (2000) e a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (2003) foram fundamentais para a abertura de espaço para a criação da própria Política de Assistência Farmacêutica (2004) que irá ser apresentado a seguir.

Sabe-se que atualmente a Assistência Farmacêutica é a responsável pelo maior gasto financeiro com repercussão nas Secretarias Estaduais de Saúde. Ao mesmo tempo, a tendência do aumento da demanda para o uso de medicamentos é crescente. Por isso, saber gerenciar (planejar, organizar e estruturar) de forma eficaz e efetiva é crucial para os gestores (MARIN, 2003). A preocupação do governo em relação a Assistência Farmacêutica reflete o aumento da expectativa de vida da população brasileira, assim como os cuidados que esta população vem tendo com a saúde. No entanto, para manter o corpo saudável, além de uma boa qualidade de vida, é inegável que o uso do medicamento para momentos de enfermidades contribui para a melhoria da saúde, assim como outros aspectos relacionados ao conceito de saúde ampliado.

Dessa forma, a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica ocorrida em 2003 indicou ao Conselho Nacional de Saúde, a aprovação em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica¹⁴ (BRASIL, 2007d) na qual é definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Para assegurar o acesso da população a esses medicamentos, os gestores do SUS adotaram algumas diretrizes, como:

- adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) – sendo que o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos para sua contínua atualização; esta

¹⁴ A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada através da Resolução nº 338 de 2004.

lista deverá ser a base para organização das relações estaduais e municipais de medicamentos, favorecendo o processo de descentralização da gestão;

- regulamentação sanitária dos medicamentos – sendo enfatizadas questões relativas ao registro de medicamentos, autorização para funcionamento de empresas, restrições e eliminação de produtos inadequados ao uso e adoção de genéricos;
- reorientação da Assistência Farmacêutica – deverá estar fundamentada na descentralização da gestão, contribuindo para a racionalização e normatização de todos os processos envolvidos, desde a programação até a dispensação de medicamentos;
- promoção do uso racional de medicamentos – atenção especial ao processo de informação, relativo às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, ao processo educativo dos usuários, à adoção dos genéricos etc.
- promoção da produção de medicamentos previstos na RENAME – a cargo dos diferentes segmentos industriais, com ênfase na participação dos laboratórios oficiais;
- garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos – fundamentada no cumprimento da regulamentação sanitária;
- desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos (MARIN, 2003).

As ações da Assistência Farmacêutica estão por sua vez fundamentadas nos princípios do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, no artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como nos preceitos inseparáveis da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2007):

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinariedade e intersectorialidade.
- Garantia de qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (BRASIL, 2007, p. 20).

Segundo Marin (2003), as concepções de Assistência Farmacêutica no Brasil configuram-se historicamente no SUS, como um projeto ainda em construção, no qual convivem pelo menos dois modelos assistenciais: o *modelo curativo médico-assistencialista*¹⁵ e outro modelo em construção, o *modelo integrado de promoção da saúde*¹⁶. Tal afirmação pode ser explicada com a idéia de Bravo e Matos (2007) que afirma haver uma articulação do projeto de reforma sanitária com o mercado durante os anos de 1990. Ou seja, ao mesmo tempo em que o SUS oferece o modelo integrado de saúde que Marin (2003) cita, os gestores da política de saúde oferecem uma idéia de saúde fragmentada, idéia esta que o projeto

¹⁵ Marin (2003) se refere ao modelo desenvolvido durante as décadas de 1920 e 1930, relacionado com o sistema previdenciário no qual recebiam atendimento à saúde somente as pessoas/clientes que fossem trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho.

¹⁶ Trata-se do novo modelo proposto pelo SUS, no qual implica mudanças organizacionais (descentralização, hierarquização etc.), além de uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários (MARIN, 2003).

neoliberal oferece quando contem gastos e quando desresponsabiliza o Estado pela oferta da saúde, criando o que Bravo e Matos (2007) denominam de caráter focalizado e desconcentração dos serviços.

O modelo de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS envolve duas dimensões, que conforme Silva (2009) é dividida entre a dimensão política e a dimensão técnica que engloba *atividades técnico-administrativas* (referente a gestão da aquisição e do processo de distribuição de medicamentos com vistas a garantir a disponibilidade e acesso da população aos medicamentos adequados) e *atividades técnico-clínicas* (referente a responsabilidade pelo processo de uso de medicamentos e a obtenção de resultados em saúde favoráveis ao indivíduo e à comunidade) que são operacionalizadas no chamado ciclo de Assistência Farmacêutica que envolve: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

O Ciclo da Assistência Farmacêutica visa, portanto, além da organização dos serviços de saúde, mais precisamente com a questão dos medicamentos, como também, tornar mais equânime a distribuição dos medicamentos, que fazem parte da prevenção, promoção e tratamento da saúde, de acordo com as especificidades de cada município, obedecendo assim a descentralização.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS e pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para que assim possam ser realizados os repasses aos três níveis de atenção à saúde (básica, média complexidade e alta complexidade) na forma de blocos de financiamento: componente básico, componente estratégico e componente de medicamentos de dispensação excepcional.

Assim, os blocos de financiamento se apresentam de forma planejada a fim de promover o acesso aos medicamentos dos três componentes citados pela população. Outro processo que ilustra o avanço da Assistência Farmacêutica no Brasil é o Incentivo à Assistência Farmacêutica¹⁷, no qual foi estabelecido em 1999. Este incentivo propôs o repasse de R\$ 2,00 por habitante/ano, sendo que R\$ 1,00 seria pelo gestor federal e R\$ 0,50 dos gestores estaduais e municipais cada (BRASIL, 2003). No entanto, para ter acesso ao Incentivo era necessário que os estados e municípios brasileiros definissem um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, que contemplasse um elenco de medicamentos básicos de acordo com o perfil epidemiológico local.

¹⁷ O Incentivo à Assistência Farmacêutica foi estabelecido através da Portaria Ministerial nº 176 em 1999.

No entanto, para a CPI de Medicamentos, apesar das aquisições dos medicamentos serem feitas pelos municípios apresentando a autonomia dos mesmos de forma descentralizada, os pequenos municípios encontravam dificuldades por não possuírem verba suficiente e disponível para comprar os medicamentos, acabando por adquirir medicamentos a preços mais altos e quase sempre se utilizando de compras diretas de distribuidores e de farmácias comerciais (BRASIL, 2000).

O Incentivo à Assistência Farmacêutica ao mesmo tempo em que estimula os estados e municípios a terem autonomia, estabelecendo como critério para o repasse financeiro o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, e fazendo com que os municípios conheçam suas características e perfil epidemiológico, faz com que o gestor federal se desresponsabilize ao cobrar de todos os municípios, até os menores e mais desprovidos financeiramente, o repasse de R\$ 0,50 habitante/ano.

No entanto, sabe-se que a descentralização dos serviços de saúde é um dos princípios fundamentais para a organização e gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica, e por isso talvez seja um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores do sistema.

Com relação ao desenvolvimento tecnológico e científico, é indissociável discutir a incorporação de tecnologias no SUS sem abordar a questão dos medicamentos, pois o acesso aos medicamentos é uma das questões da política de saúde e constitui-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da Assistência Farmacêutica.

Gadelha (2004) acredita que a articulação da política de saúde com a política tecnológica poderia favorecer o desenvolvimento competitivo no campo dos medicamentos para as doenças negligenciadas, produtos da RENAME, genéricos, entre outros, pois a tendência da crescente dependência de importações tanto de medicamentos como de insumos poderá levar o país a uma situação irreversível de dependência, refletindo no acesso aos medicamentos pela população.

Contudo, os laboratórios estatais nacionais de produção de medicamentos vinculam-se aos governos estaduais e o federal. Conforme indica Schenkel et al. (2004), atualmente o sistema de saúde compreende 18 laboratórios, mas os baixos e inexpressíveis incentivos à produção e à distribuição são causas determinantes para a obsolência ou mesmo a ausência, inadequação ou insuficiência dos equipamentos da maioria dos laboratórios (SILVA, 2007).

Barcelos (2005) realiza um levantamento de pontos críticos e falhos da Política da Assistência Farmacêutica do SUS, e afirma que esta não avançou nos últimos anos de forma a

fortalecer o processo de descentralização, uma vez que o próprio Ministério da Saúde conduziu um processo paralelo à descentralização dos recursos por meio de programas com Saúde da família, ao invés de qualificar e investir para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica juntamente com os estados e municípios. O autor considera que para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica é necessário avançar nas demais diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, pois as formulações de políticas no campo da política de atenção a saúde, política de medicamentos, Assistência Farmacêutica e política industrial parecem concebidas e desenvolvidas de forma isolada descoordenada. A Política de Medicamentos, por exemplo, mesmo após doze anos de sua publicação, não vem avançando no seu processo de implementação, cujo propósito é promover o acesso e o uso racional de medicamentos, muito pelo contrário, suas diretrizes não vêm sendo desenvolvidas de forma integrada e harmonizada. Outro ponto relevante que o autor expressa é que o SUS não consegue sair do sistema de programas, ou seja, são adotadas lógicas distintas de seleção, programação e aquisição de medicamentos no SUS, e os serviços farmacêuticos não conseguem se estruturar para cada programa.

A afirmação do autor é relevante, apesar de não negar outros avanços obtidos com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. No entanto, a veracidade de tais informações pode ser observada ao presenciar usuários do SUS que apresentam dificuldades em dar continuidade ao tratamento de saúde com medicamentos por não haver disponível na Unidade Básica de Saúde, forçando-o a comprar em uma farmácia privada ou até mesmo abandonar o tratamento. Assim, por mais que o Ciclo da Assistência Farmacêutica seja bem elaborado e planejado, o processo na prática vem ocorrendo falhas, e quem paga por elas são os usuários do SUS.

Outro ponto interessante que Barcelos (2005) apresenta é que o SUS não conhece as suas reais necessidades de medicamentos, uma vez que os serviços de saúde não estão estruturados para conhecer a realidade das prescrições e não trabalha de acordo com as necessidades epidemiológicas, e sim, somente com as necessidades históricas de medicamentos (BARCELOS, 2005). O levantamento do perfil epidemiológico além de ser imprescindível para os gestores conhecerem quem é a população de quem estão tratando, é também um instrumento que facilitará a escolha dos medicamentos a serem comprados, evitando assim desperdícios ou a falta de medicamentos, e através dele poderá ser feito relatórios para formular projetos de prevenção, promoção e recuperação de saúde.

Vieira (2009) aponta o crescimento dos gastos do Ministério da Saúde entre 2002 e 2007 com medicamentos¹⁸ e programas, no qual detecta um aumento de 3,2 com relação ao primeiro ano. Os gastos com medicamentos da Atenção Básica tiveram aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos 124%, no entanto, o aumento mais expressivo foi de 252% com medicamentos de dispensação em caráter excepcional, apresentando na média do período o gasto anual com o tratamento terapêutico R\$ 4.302,00 por paciente. A autora ainda apresenta os valores liquidados pelo Fundo Nacional de Saúde entre 2002 e 2007 para Medicamentos da Atenção Básica e entre 2003 e 2007 para Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, assim como a discrepância de um valor para o outro.

Quadro 3: Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos nos anos de 2002, 2003 e 2007

Componentes da Assistência Farmacêutica	2002	2003	2007
Medicamentos da Atenção Básica	R\$ 180.991.089,00	R\$ 190.062.375,19	R\$ 316.910.000,00
Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional	-	R\$ 555.196.908,00	R\$ 1.956.332.705,60

Fonte: Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Revista de Saúde Pública. Vieira (2009)

Apesar das estatísticas mostrarem o crescimento dos gastos com medicamentos e a ampliação no acesso aos mesmos, como sendo parte do acesso à saúde, percebe-se ainda, através de processos judiciais, as dificuldades de acesso dos medicamentos e o crescimento dessa demanda. Nesta perceptiva, o SUS 100% público que se deseja está para grande parcela da população brasileira longe de ser alcançado diante “das evidências que os programas e ações de saúde pontuais e focalizados, que resolvem apenas problemas emergenciais” (COELHO, 2003, p. 03).

Os avanços são verificados através do acesso ao tratamento de doenças raras, em especial, doenças de origem genética e outras em que o custo do tratamento é elevado. Muitos medicamentos saem caros pelo seu preço unitário ou pelo preço do tratamento em longo prazo. Muitos medicamentos, em geral, os medicamentos excepcionais, possuem valor alto

¹⁸ Em 2007 a Portaria Ministerial nº 204 organizou e aprovou os recursos para a aquisição de medicamentos no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, no qual agrega os Medicamentos da Atenção Básica, medicamentos Estratégicos e Medicamentos de Dispensação Excepcional (VIEIRA, 2009).

justamente por terem sido desenvolvidos por uma tecnologia de ponta e que estão sob proteção patentária, constituindo-se em uma reserva de mercado por longo período.

Diante de tantos percalços, não se pode negar os progressos significativos obtidos pela Assistência Farmacêutica, a começar pela Política Nacional de Medicamentos e da própria Política Nacional de Assistência Farmacêutica. No entanto, esta política deve ser entendida “como uma política pública norteadora para formulação de políticas setoriais [...]” (BRASIL, 2007, p. 19) e não somente como uma política para dispensação de medicamentos.

2.2 O Programa Farmácia Popular do Brasil no contexto da Política de Assistência Farmacêutica

Quando os usuários têm dificuldades no acesso aos medicamentos através do SUS, estes não encontram muitas opções a não ser comprá-los ou não comprá-los. Esta hipótese pode ser confirmada através de pesquisas realizadas pela OMS juntamente com algumas instituições brasileiras vinculadas a política de saúde no Brasil, nas quais detectaram que as famílias com baixo poder aquisitivo disponibilizavam cerca de dois terços de sua renda para compras de medicamentos. Na mesma linha de raciocínio, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) informou que mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento médico devido a falta de recursos para obter medicamento (BRASIL, 2007d).

Nesse contexto, durante a gestão do Presidente Luís Inácio da Silva, foi criado em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil¹⁹, no qual tem como objetivo principal ampliar o acesso aos medicamentos pela população brasileira. Entretanto, é colocado como pré-condição para o acesso ao medicamento, o pagamento de um determinado valor que, comparado ao do mercado farmacêutico, se mostra bem mais reduzido.

O Programa Farmácia Popular vem atuando desde 2006 através de dois eixos de ação: as Redes Próprias e o Sistema de co-pagamento. No entanto, o governo apresenta somente um dos eixos com o nome de “Sistema de co-pagamento²⁰”, sendo que na verdade

¹⁹ O Decreto n. 5090, de maio de 2004, regulamentou a Lei n. 10.858, de abril de 2004, no qual institui o Programa Farmácia Popular.

²⁰Co-pagamento é a participação no custeio ou ainda, a contrapartida do usuário, que se apresentam como diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de

em ambas as modalidades de atuação o governo paga um valor fixo para o medicamento e o usuário paga o restante, constituindo-se também um co-pagamento.

1. As **Redes Próprias ou Unidades Próprias** contam com a operacionalização da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), na qual coordena a estruturação das unidades e executa a compra e abastecimento dos medicamentos bem como a capacitação dos profissionais.
2. Já o **Sistema de co-pagamento**, conhecido popularmente com o *slogan* “Aqui tem Programa Farmácia Popular”. Trata-se de parcerias firmadas entre o governo com os estabelecimentos farmacêuticos privados.

Para que um município ou instituição implante o Programa deve-se encaminhar à Direção Nacional do Programa a Proposta de Adesão e Termo de Compromisso, junto com a descrição do local e da área escolhida, para que a FIOCRUZ planeje o *layout*. O local deve ter fácil acesso, grande concentração populacional e fluxo de pedestres, não estar próxima à Unidades Básicas de Saúde e se possível, utilizar prédios públicos para reduzir custos (BRASIL, 2005). Depois que a proposta for aprovada pelo Conselho Gestor do Programa, será publicada uma portaria ministerial habilitando o município e encaminhando o repasse do incentivo para a implantação. Já no caso de instituições, a solicitação ocorre da mesma forma, porém o processo para a implementação ocorre através de convênio de natureza financeira com o Ministério da Saúde e não através de portaria. Os interessados em se habilitar para o Programa Farmácia Popular são responsáveis pela formalização jurídica, regularização da obra de engenharia e sanitária. Após todos esses procedimentos, a FIOCRUZ fica responsável em enviar os móveis, equipamentos e medicamentos para a farmácia. A estrutura das farmácias, portanto, é padronizada em todo o país, desde os móveis, uniformes para os funcionários até o sistema informatizado de gestão da farmácia. É exigido também um número mínimo de funcionários: 01 farmacêutico gerente, 01 farmacêutico co-responsável, 01 auxiliar de gestão, 05 assistentes de gestão, 01 auxiliar de serviços gerais (BRASIL, 2005; JUNGES, 2006).

Em 2004 foi instituído o incentivo financeiro do programa²¹ no qual consiste no repasse de recursos mensais para cobrir despesas com a manutenção (R\$ 10.000,00) e gastos restritivamente necessários à implantação do Programa (R\$ 50.000,00). Os recursos são repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, no

saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços, quando destes fizer uso (VIANNA, PIOLA e REIS, 1998, p. 07).

²¹ Incentivo financeiro instituído através da Portaria nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004.

caso de estados e municípios, e mediante celebração de convênios de natureza financeira no caso de entidades (BRASIL, 2005; JUNGES, 2006).

O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente, daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais (BRASIL, 2005, p. 13).

A citação anterior representa o discurso do governo, no entanto, a incoerência procede no momento em que se afirma que o Programa visa um atendimento igualitário, quando na verdade exclui pessoas que não tem condições financeiras suficientes para pagar pelo medicamento. Existe, portanto, uma tentativa do governo de naturalizar esse movimento, sendo que todo esse empenho poderia estar sendo utilizado para a disponibilidade dos medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, o Programa Farmácia Popular dá continuidade a lógica do sistema de saúde excludente anterior ao SUS, o que para Junges (2006) representa a tentativa de estabelecer alternativas de ampliação de acesso da população aos medicamentos através de ações articuladas entre o setor público e privado.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, são disponibilizados no Programa Farmácia Popular medicamentos que atendem 80% das doenças que atingem a população²². Atualmente fazem parte do elenco de medicamentos das Redes Próprias 107 produtos, enquanto nas unidades do Sistema de co-pagamento existem 557 medicamentos disponíveis, ambos dispensados pelo valor de custo que representa uma redução de até 90% em comparação com os estabelecimentos privados (BRASIL, 2010a).

A Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 dá suporte legal ao Programa, na qual autoriza a FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento relativos aos custos de produção ou aquisição, distribuição, estocagem e dispensação. A Farmácia Popular recebe medicamentos da Fundação, que são revendidos ao particular por preço de custo, sendo repassado para a FIOCRUZ, semanalmente, os valores arrecadados com a venda dos medicamentos. Além disso, mediante convênio firmado, o município recebe uma ajuda de custo da FIOCRUZ para arcar com toda a infra-estrutura e ceder servidores municipais para trabalhar na Farmácia Popular (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2010).

Os medicamentos disponibilizados nas Farmácias Populares são adquiridos pela FIOCRUZ junto aos laboratórios públicos e privados, através de processos licitatórios, os

²² Trata-se de medicamentos para hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses. Também, não menos importantes, são medicamentos para os quadros de cólicas, enxaqueca, queimaduras e inflamações, além dos anticoncepcionais (BRASIL, 2010a).

quais são dispensados à população através do ressarcimento do custo de dispensação. Segundo Andrade (2004) “a implementação da Farmácia Popular tem colocado na pauta a questão da universalidade do sistema. Seus críticos afirmam que ela rompe com esse princípio, compreendendo que todos os medicamentos devem ser acessíveis a todas as pessoas”.

Um dos objetivos do Programa Farmácia Popular é também estimular e fomentar a produção pública de medicamentos (BRASIL, 2005). Até 2006 existiam 23 Laboratórios Oficiais no país, sendo 18²³ vinculados aos Governos Federal, Estadual e Universidades, os quais possuem características técnicas e financeiras distintas (JUNGES, 2006).

De 2001 a 2003 foram investidos cerca de R\$ 96 milhões nos Laboratórios Oficiais sendo que esse investimento permitiu o aumento de aproximadamente 270% de medicamentos. Ao final do período de 2003-2006 foram destinados R\$250.000.000 para a construção/reforma/ampliação de instalações e aquisição de equipamentos para produção e controle de qualidade, beneficiando esses 23 Laboratórios Oficiais, direcionando assim, os medicamentos para o Programa Farmácia Popular (JUNGES, 2006). Dessa forma, os investimentos nestes laboratórios permitiram a expansão do Programa Farmácia Popular pelo país conforme os Quadros a seguir:

Quadro 4: Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil (Rede Própria)

Quantidade de unidades próprias	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (abril)
	27	75	259	407	504	530	531

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular (2010a)

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269>.

Quadro 5: Evolução do Programa Farmácia Popular (Sistema de co-pagamento)

Quantidade de empresas credenciadas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (abril)
	-	-	3.955	5.052	6.459	10.790	11.984

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular (2010a)

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269>.

²³ **Governo Federal:** Laboratório Farmanguinhos/FIOCRUZ, do Exército, Marinha e Aeronáutica, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Ceará. **Governos Estaduais:** Laboratórios em Pernambuco, Alagoas, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraíba, e laboratórios vinculados às Universidades Estaduais de Londrina e de Maringá. Fonte: (SCHENKEL et al., 2004)

Como pode ser observado nos Quadros 4 e 5, o Programa Farmácia Popular já atingiu a parcialmente as metas propostas pelo Programa Mais Saúde: com relação ao número de unidades próprias, a meta estabelecida era de 500 unidades; já a meta para o Sistema de copagamento era de 20 mil farmácias credenciadas (BRASIL, 2010b). Em Santa Catarina, por exemplo, existem 2 farmácias da Rede Própria, enquanto 189 credenciadas no Sistema de copagamento²⁴.

É fato que o crescimento do número de Redes Próprias e do Sistema de copagamento reflete uma demanda também crescente. É através desse crescimento que se deve refletir sobre os medicamentos padronizados pelo SUS, ou seja, o fornecimento de medicamentos pelas Unidades Básicas de Saúde. É fato também que existem falhas como já mencionadas no trabalho, como por exemplo, a deficiência estrutural e gerencial, pois muitos medicamentos não são encontrados nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, na RENAME do Município, como também na do Estado, ou até se encontram, mas em quantidades insuficientes para a população. Portanto, o crescimento no número de estabelecimentos do Programa Farmácia Popular traduz uma demanda de usuários do SUS, como também do setor privado, que não encontram medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde.

Deve-se refletir também sobre a questão da cobrança pelo medicamento nos estabelecimentos da Farmácia Popular. Para o Ministério Público Federal (2010), a União desvia recursos do SUS ao aplicar no Programa Farmácia Popular, e atende a uma parcela da população que pode pagar pelo medicamento, criando um sistema paralelo ao SUS excluyente aos cidadãos mais pobres. Se é exigido o pagamento pelo medicamento à uma pessoa que necessita dele para seu tratamento, é evidente que o acesso aos serviços e ações de saúde do SUS deixaram de ser pautados pela universalidade.

No entanto, o discurso oficial é de que o Programa Farmácia Popular está atingindo um número maior da população mesmo com a cobrança pelos medicamentos, já que a sua disponibilidade ultrapassa os muros das Unidades Básicas de Saúde, e também afirma que o Programa possibilita a diminuição da automedicação (grave problema de saúde pública no Brasil nos últimos anos), pois no momento da compra é exigido a receita médica, além de documentos pessoais como o Registro de Identidade e o Cadastro de Pessoa Física. O governo ainda afirma que a existência do Programa não prejudica a distribuição de medicamentos das farmácias da rede pública, onde são dispensados gratuitamente. Contudo, para muitos autores essa cobrança é vista como inconstitucional, pois se contrapõe ao arcabouço legal da saúde e

²⁴ Números obtidos no site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fpb_farmacias_cadastradas_07_10_2008_sc.pdf>.

aos princípios de universalidade e integralidade do SUS, do qual deve oferecer ações e serviços de saúde de forma integral, incluindo a Assistência Farmacêutica.

Acabo de ver o Lula na TV lançando e inaugurando a primeira Farmácia Popular. Lula disse: “Vi, agora ainda, um casal que foi comprar remédio para hipertensão. Normalmente eles pagavam R\$7,50 pelo remédio e agora, aqui na Farmácia Popular do Hospital da Irmã Dulce eles pagaram R\$1,50.” Foi aplaudido. Depois continuou: “Esta Farmácia Popular não veio para substituir a distribuição gratuita de remédios nos postos de saúde, mas, quando não houver remédio lá nos postos agora as pessoas podem vir comprar na Farmácia Popular.” (CARVALHO, 2006, não paginado).

O discurso supracitado do atual governo causa espanto ao naturalizar a venda de medicamentos pela Farmácia Popular, e conseqüentemente, banalizar os princípios de integralidade e universalidade, enfim, a saúde com um direito.

Carvalho (200-) relembra que o Movimento da Reforma Sanitária sempre lutou por uma *integralidade regulada*, no entanto, o que se percebe hoje é a existência de uma *integralidade trincada*, devido à iniquidade de acesso às ações e serviços de saúde e pelo co-pagamento da Farmácia Popular, como também uma *integralidade turbinada* pela predominância do interesse industrial-comercial, onde se desprezita o cidadão e se defende a corporação.

A integralidade sonhada pelos militantes da reforma sanitária era uma integralidade regulada. Integralidade regulada em seus vários aspectos, não para limitar direitos, mas para garantir direitos menos “contaminados” pelo não científico ou pela volúpia voraz do capital sempre interessado em induzir ao consumo bom e necessário em igualdade de condições com o consumo indevido, imoral e desnecessário (CARVALHO, 200-, p. 2).

O direito à saúde é considerado direito fundamental de segunda geração²⁵ que se caracteriza por exigir prestações positivas do Estado. No entanto, o Programa Farmácia Popular fere os princípios constitucionais norteadores do SUS, fazendo com que a universalidade seja limitada e a integralidade parcial.

²⁵ “Os direitos de segunda geração nascem com o surgimento da doutrina marxista e a busca por melhorias no quadro social. É sempre importante ressaltar que a doutrina comunista/socialista é uma conseqüência direta da Revolução Industrial e do quadro que se formou a partir desse fato. Trabalhadores explorados, sem direito algum, miserabilidade da população, entre outros fatores, foram decisivos para o surgimento de teorias que visavam a combater o *status quo* estabelecido. Dessa forma, os direitos sociais, ditos de segunda geração, podem ser vistos como os direitos trabalhistas, previdenciários, à saúde pública, ao lazer etc” (PEREIRA, VELHO e SALDANHA, 2007).

Outra perspectiva do Programa pode ser percebida hoje quando o usuário procura por medicamento na Unidade Básica de Saúde²⁶ e este lhe é negado, é possível que a RENAME do Estado o disponibilize, caso contrário, se nem o município e nem o estado fornecem, o usuário quando tem a informação correta procura o fornecimento através de um processo judicial, mas quando ele não tem a informação de que existe outro meio pelo qual se pode obter o medicamento, este interrompe o tratamento, possibilitando o agravamento de sua enfermidade. Nestes casos, “a omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação dessa assistência médico-farmacêutica deu azo²⁷ ao fenômeno que vem sendo denominado *judicialização da saúde*, compreendido como a provocação e a atuação do Poder Judiciário em prol da efetivação dessa assistência” (GANDINI, BARIONE e SOUZA, 2007, p. 01).

A falha prestação de Assistência Farmacêutica é um fator que evidencia a ineficiência da estrutura do SUS e afronta o direito fundamental à saúde. O número de ações judiciais com esse intuito é tão grande que vem sendo chamado de “judicialização da Assistência Farmacêutica” ou “fenômeno da judicialização dos medicamentos”, fenômeno este não exclusivo do setor de saúde do Brasil.

Um dos aspectos da assistência médica que mais tem sido alvo das ações judiciais é a Assistência Farmacêutica, ou seja, a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis nos serviços públicos, em razão de preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, padronização do uso, registro no país e comprovação científica de eficácia (CHIEFFI e BARATA, 2009, p. 1840).

Nem sempre a Assistência Farmacêutica implementada pelo Poder Público atende às necessidades do paciente, ora porque se exige medicamentos especiais e/ou tornaram ineficazes os medicamentos constantes da listagem, ora porque houve falha na atualização da RENAME. Portanto, a falta ou deficiência dos serviços de saúde prestados pelo Estado, incluindo nessa prestação a Assistência Farmacêutica e o fornecimento de insumos terapêuticos, sem dúvida ameaça o direito à vida, e em muitos casos, é capaz de produzir lesão irreparável a esse direito (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2010).

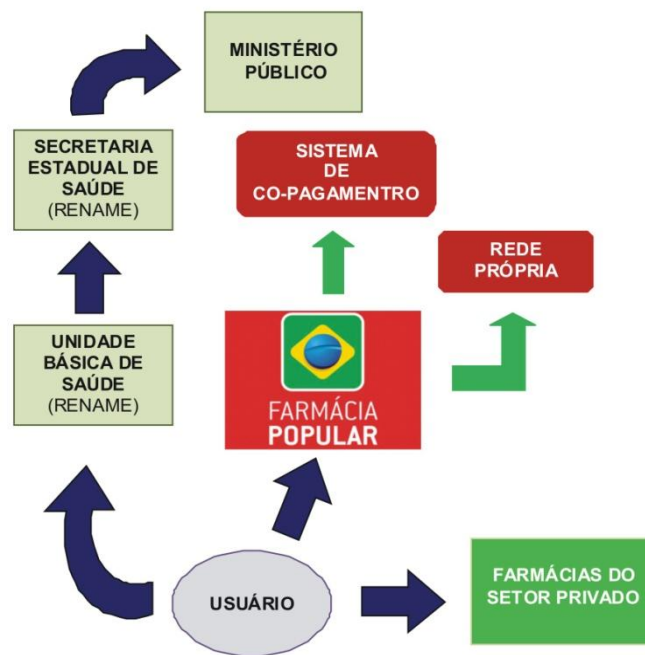
O usuário que procura por medicamentos, conforme a Figura 1 a seguir, tem primeiramente como opção para a obtenção do medicamento a Unidade Básica de Saúde (sob

²⁶ A princípio, cabe aos municípios o fornecimento de medicamentos básicos e aos Estados e União os de alta e média complexidade, como por exemplo, a dispensação dos medicamentos excepcionais.

²⁷ Ocasão, pretexto, motivo. Disponível em: <<http://www.dicionarioaurelio.com/dicionario.php?P=Azo>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

responsabilidade do município). Mas quando o medicamento não se encontra disponível, seja pelo motivo de não fazer parte da RENAME municipal ou má programação, o usuário tem a opção de verificar na RENAME estadual se há o medicamento. É de se imaginar que o motivo pelo qual os medicamentos não estão disponíveis na RENAME é por que não possuem tanta demanda como os medicamentos básicos. Porém, tal afirmação seria equivocada. Para exemplificar, pode-se citar o medicamento “entecavir” usado para o tratamento do vírus Hepatite B. Nesse caso, não se trata de um problema de saúde novo, muito pelo contrário, sabe-se que no Brasil cerca de 2 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus, mas apenas 3% recebem tratamento adequado (BRISTOL-MYERS SQUIBB, 2004). No entanto, somente no início de 2010 é que foi padronizado tal medicamento pela RENAME do Estado de Santa Catarina, ou seja, até então, o usuário que possuía o vírus gastava R\$ 853,77²⁸ por mês para dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2010e).

Figura 1: Opções que o usuário possui para obtenção do medicamento.



Fonte: Elaborada pela autora

²⁸ Preço consultado através do site:

<<http://www.consultaremedios.com.br/cr.php?uf=SP&tp=substancia&or=&nome=entecavir>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

Apesar do estado de Santa Catarina ter instituído a Política Nacional de Medicamentos em 2001, as etapas da Assistência Farmacêutica, sob a lógica organizacional do SUS, ainda necessitam ser consolidadas, fato apontado nas Conferências Regionais, Estadual e Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ocorridas em 2003 (BRASIL, 2007e). Na perspectiva de reversão desse quadro, foi criada a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) em 2003, na qual tem a missão de “promover no Estado de Santa Catarina o acesso e o uso racional de medicamentos aos usuários do SUS, em consonância com os princípios deste, através da Assistência Farmacêutica”

Logo após sua criação, a DIAF detectou que a demanda por medicamentos através do SUS é crescente e não atendida satisfatoriamente, e indicou duas causas principais para este problema: a primeira trata-se das definições das políticas inadequadas ou ausentes para o setor, enquanto a segunda trata-se da falta de entendimento, nos três níveis de gestão do conceito de Assistência Farmacêutica (ALBINO e FERREIRA, 2008). No entanto, o próprio governo estadual identificou outros problemas como:

1. Demanda por medicamentos através do SUS crescente e não atendida satisfatoriamente.
2. Gastos elevados com medicamentos, agravado pelo crescimento das ações judiciais.
3. Elenco de medicamentos limitado.
4. Ausência de recursos financeiros para estruturar e qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica.
5. Problemas no planejamento e execução das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.
6. Insuficiência de recursos humanos tecnicamente preparados e não incorporação do profissional farmacêutico no processo de gestão e execução da Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde.
7. Indefinição política de fomento ao desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos em Santa Catarina.
8. Baixa incorporação da Assistência Farmacêutica nos diversos níveis de planejamento e desenvolvimento de ações de saúde.
9. Desconhecimento dos princípios norteadores do uso racional de medicamentos nos serviços de saúde (BRASIL, 2007e).

Com relação ao financiamento, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) apresentou avanços nos recursos destinados a Assistência Farmacêutica Básica. Antes de 2003, o valor repassado para os municípios era de R\$ 0,50 *per capita*/ano, enquanto

a União e aos municípios repassavam R\$ 1,00 e R\$ 0,50, respectivamente, somando um total de R\$ 2,00. Em 2003, o estado aumentou o valor do repasse para R\$ 0,60, em 2005 o aumento foi para R\$ 1,00, chegando em 2009 com o valor reajustado de R\$ 4,00 *per capita*/ano. Também em 2009, a SES/SC aumentou o repasse para R\$ 6,00 aos municípios do Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado (PROCIS²⁹) (SANTA CATARINA, 2007e; SANTA CATARINA, 2010). Um exemplo do repasse do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde está apresentado no Quadro 6 a seguir. Obviamente, os valores repassados para os municípios com maior número de habitantes serão os mais elevados, enquanto, os municípios com número de habitante inferior, receberão um valor menor. Os municípios de Joinville e Florianópolis são exemplos citados no quadro a seguir pois, possuem uma população volumosa, contrariamente do menor município do estado, Santiago do Sul, que possui uma população de 1.443 habitantes. Logo, este município recebe do Fundo Estadual de Saúde o repasse de apenas R\$ 481,00. Nessa perspectiva, o município de Santiago do Sul não teria condições financeiras para fornecer o medicamento “entecavir³⁰” para habitantes com vírus da Hepatite B, pois a verba repassada pelo Fundo Estadual de Saúde é inferior ao valor do medicamento R\$853,77. Portanto, “a nova sistemática distributiva [...] não leva em conta as desigualdades inter-regionais, seja no que se refere às necessidades de saúde, seja em relação à rede existente de serviços nas diferentes regiões” (ALMEIDA et al., 1999 apud ALMEIDA, 2003, p. 214).

Quadro 6: Repasse do Fundo Estadual de Saúde de Santa Catarina de recursos para Assistência Farmacêutica para os Fundos Municipais de Saúde de Florianópolis, Joinville e Santiago do Sul em 2009

Municípios	Número de habitantes (IBGE)	Valor do repasse mensal
Florianópolis	408.161	R\$ 136.053,67
Joinville	497.331	R\$ 165.777,00
Santiago do Sul	1.443	R\$ 481,00

Fonte: Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde (2009).

Devido à grande demanda de processos judiciais contra a Secretaria de Saúde de Santa Catarina para aquisição de medicamentos em 2007 foi criado o Núcleo de

²⁹ Criado em 2002 o PROCIS consiste em disponibilizar recursos mensais, com repasse fundo a fundo a 25municipios com os menores Índices de Desenvolvimento Social (IDS) do estado. O componente saúde desse programa, implementado em 2004, incentiva a universalização da Assistência Farmacêutica Básica e da Estratégia de Saúde da Família (SANTA CATARINA, 2007; SANTA CATARINA, 2010).

³⁰ O exemplo do medicamento “entecavir” foi mencionado também na página 38.

Acompanhamento das Ações Judiciais (NAAJ) subordinada à DIAF. O número de processos cresce a cada dia, alcançando em 2008 um total de 248 processos, num valor aproximado de R\$ 414.985,42 (ALBINO e FERREIRA, 2008).

2.3 As tensões entre o mercado farmacêutico e a Assistência Farmacêutica pública

Diante do que foi exposto no item anterior, percebe-se a desresponsabilização do Estado perante a Política de Assistência Farmacêutica, em especial no que tange ao fornecimento de medicamento à população. Ao mesmo tempo em que o Programa Farmácia Popular vai à contramão dos princípios estabelecidos para o SUS, em especial a universalidade e integralidade, o Programa corre na tendência do projeto neoliberal. Dessa forma, “a crise e a suposta escassez de recursos servem de pretexto para justificar a retirada do Estado da sua responsabilidade social (MONTAÑO, 2001, p. 01).

Coincidência à parte percebe-se nas últimas décadas o crescimento no número de indústrias e laboratórios farmacêuticos, bem como o número de farmácias e drogarias. Concomitante a isso, cresce o número de vendas de medicamentos. Segundo Gomes (2008), a atração pelos lucros crescentes representou um estímulo no ramo farmacêutico, em especial nos Estados Unidos da América, o que fez ascender os gastos com pesquisa e desenvolvimento.

Para Barros (1995), as estratégias de mercadização adotadas pelos produtores assumem tanto formas consagradas de influência sobre prescritores e consumidores, como meios sofisticados, associados às recentes tecnologias da comunicação. Para isso, não se deve esquecer do papel da propaganda e suas diversas formas de expressão que ajudam a despolitizar a compreensão do processo saúde/doença e de sua determinação social (TEMPORÃO, 1986).

Nos últimos anos, o avanço da indústria farmacêutica tem sido notório. Entretanto, muitos produtos recém-lançados possuem em maior ou menos grau, eficácia similar à de remédios já conhecidos, disponíveis no mercado e inclusos na lista de distribuição da rede pública de saúde. No entanto, os novos remédios custam muito mais que os atualmente padronizados pelo SUS. Outros produtos, comercializados fora do Brasil ou ainda estão em fase de testes, não possuem registro no país e não devem ser distribuídos pelo SUS, pois podem pôr em risco a saúde de quem os consumir. São justamente esses medicamentos que o Estado mais vem sendo obrigado a fornecer por pedidos na Justiça. É importante ressaltar que a entrega de

medicamentos por decisão da Justiça compromete a dispensação gratuita regular, há que os governos precisam remanejar recursos vultosos para atender situações isoladas (BARATA apud GANDINI, BARIONE e SOUZA, 2007, p.32).

Esse avanço da indústria farmacêutica, que reflete espontaneamente na população, pode ser explicado através da judicialização da saúde, assim como a automedicação e a medicalização.

Segundo Vasconcelos e Lopes (2006), a judicialização iniciou no início da década de 1990 e reflete, em parte, a conscientização de uma parcela da população com relação aos seus direitos. Entretanto, a situação atual é apresentada com milhares de mandados judiciais que consomem milhões de reais em recursos públicos. A má gestão, a pressão das indústrias farmacêuticas e as falhas na formação dos médicos são alguns dos motivos que impulsionam uma verdadeira bola de neve que ameaça programas e projetos na área da saúde.

No ano 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) gastou, com o cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, 65 milhões de reais, para atender cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, ela investiu 838 milhões de reais no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo), atendendo 380 mil pessoas. Foram gastos aproximadamente 18 mil reais por paciente com ações judiciais naquele ano, enquanto o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional consumiu 2,2 mil reais por paciente (CHIEFFI e BARATA, 2009, p. 1839).

Com relação a medicalização, Barros (1984) afirma que a expressão ilustra as consequências do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida das pessoas, que pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo.

Paralelamente à necessidade de se dar acesso aos medicamentos àqueles que deles necessitam, é preciso, portanto, ficar alerta para a prática da automedicação e o fenômeno da medicalização, que tem entre outras causas o fomento no uso patrocinado por empresas farmacêuticas que precisam assegurar retorno financeiro.

Por medicalização, entende-se a utilização do modelo biomédico, sustentado no método clínico, para abordar problemas de ordem sócio-econômico-cultural. Aplicado à compreensão do comportamento humano, ele conduz a uma visão individualizada e biologizante (MEDICALIZAÇÃO, 2009, não paginado).

A medicalização sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros. Está aberto o campo para a gestação do “complexo-médico-industrial” e para a mais ampla possível mercantilização da medicina, com todos os malefícios daí decorrentes, especialmente no acesso não equânime e universal aos

serviços médico-assistenciais, inclusive aos essenciais e o que é mais grave ainda, nas sociedades como a nossa, marcada por cruel concentração da renda e, a partir daí, de todos os bens e serviços (BARROS, 2002, não paginado).

Nesta mesma linha de raciocínio, Martins (2003) observa que

[...] aos poucos, a biomedicina afastou-se das suas raízes históricas e de seus compromissos éticos para aparecer como uma empresa comercial, na qual os pacientes são apenas insumos e matérias-primas do processo de acumulação capitalista. Essa perversão tornou-se possível pela separação radical da relação interpessoal entre médico e paciente, separação obtida em grande parte com o apoio da tecnologia utilitarista. Por conseguinte, a substituição da ética médica tradicional por uma moral utilitarista, econômica especulativa, no interior da medicina oficial, aparece necessariamente como um fator importante para a crise do sistema médico como um todo e para as mudanças de paradigma atuais (MARTINS, 2003 apud BARROS, 2004, p. 54).

De acordo com o discurso oficial, o Programa Farmácia Popular pode fazer com que a automedicação das pessoas diminua no país, mas difícil será erradicar esta prática em suas raízes, pois este problema, considerado de saúde pública, é inerentemente ligado a uma cultura predominante, que mais do isso, envolve também entender por que as pessoas se automedicam. Será por que ela não tem acesso aos medicamentos prescritos? Ou será por que os medicamentos prescritos não fazem efeito? Ou ainda, será que os medicamentos foram prescritos de forma errada? Enfim, é necessário analisar tal prática, não nova no país, além de simplesmente exigir como pré-requisito para a venda do medicamento a receita médica. Dessa forma, para a Política Nacional de Medicamentos, o uso racional é o processo que compreende:

A prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001, p. 30).

A automedicação é considerada “uma necessidade, e inclusive de função complementar aos sistemas de saúde, particularmente em países pobres” (ARRAIS, COELHO e BATISTA et al., 1997, p. 72), é também “um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas” (PAULO e ZANINE, 1988, p. 69).

No entanto, sabe-se, pelo menos entre a cultura médico-farmacêutica, que a automedicação pode acarretar agravamento no estado de saúde de uma pessoa, da mesma forma que a prescrição errada também levará ao mesmo efeito. Mas, como foi dito a pouco,

entre os profissionais da saúde, em especial médicos e farmacêuticos, esse saber sobre o problema da automedicação não transcende ao grande grupo de usuários do SUS. “É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, bem como a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde” (ARRAIS, COELHO e BATISTA et al., 1997, p. 72). Por isso, somente nos últimos anos é que o Governo Federal vem debatendo e levando a discussão à mídia em geral, com a esperança de que a população usuária do SUS o compreenda. Mas, quais são os interesses por trás da automedicação, da medicalização, do não acesso aos medicamentos através SUS, da existência do Programa Farmácia Popular do Brasil e dessa repentina preocupação do Governo Federal com a automedicação?

Em paralelo às inúmeras tentativas de regulação o aumento da venda livre de medicamentos vem crescendo disparadamente em farmácias e drogarias, pois conforme o nome, não há a exigência da receita médica, aumentando a prática da automedicação. Esse crescimento está relacionado com a abusiva e excessiva quantidade de propagandas de medicamentos nos mais diversos meios de comunicação. Contudo, a propaganda para os medicamentos sob prescrição também ocorre diretamente com os profissionais. De acordo com Alcântara (2008), a Política Nacional de Medicamentos incita o uso racional de medicamentos, enquanto que os grandes meios de comunicação mostram o contrário.

No Brasil, “de acordo com a Associação Brasileira de Indústrias Farmacêutica (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação” (IVANNISSEVICH, 1994, não paginado). De acordo com uma pesquisa realizada por Arrais, Coelho, Batista et al. (1997), foi percebido que: 24,3% das compras estão relacionados a sintomas dolorosos (dor de cabeça, dor muscular, cólica etc.) e 21% estão relacionados com quadros viróticos ou infecciosos (infecção respiratória alta e diarreia). Já sobre a decisão do usuário quanto à escolha do medicamento, a pesquisa identificou que: 40% dos usuários se baseiam em prescrições anteriores fornecidas por um profissional e 51,0% se baseiam na sugestão de pessoas não qualificadas para prescrição de medicamentos. Assim, dos 5.332 medicamentos, 79,0% não constavam na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde e 72,2% não faziam parte da RENAME.

A má qualidade da escolha em termos do valor intrínseco dos medicamentos procurados [...], refletem plenamente o mercado farmacêutico brasileiro, caracterizado pela predominância de produtos desnecessários, intensamente propagandeados para o público em geral (ARRAIS, COELHO e BATISTA et al., 1997, p. 76).

Os presentes dados confirmam a importância do estudo da automedicação e apóiam a hipótese da ingênua e excessiva crença da sociedade atual no poder dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal, autolimitado que seja. Dessa forma, o medicamento foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo, e, portanto, está sujeito às mesmas tensões, interesses e dura competição de qualquer setor do mercado, afastando-se de sua finalidade precípua na prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades. Tais resultados reforçam a necessidade de se informar a população sobre o uso adequado de medicamentos, além de medidas cabíveis que garantam a oferta de produtos necessários, eficazes, seguros e de preço acessível (ARRAIS, COELHO e BATISTA et al., 1997, p. 76).

A prática da automedicação reflete nos dias de hoje a grande preocupação com o poder do mercado farmacêutico. Sabe-se da prática ilegal e antiética de alguns profissionais da medicina que recebem brindes e presentes de representantes de laboratórios farmacêuticos em troca do aumento da prescrição de medicamentos dos mesmos. Segundo Segallo (2009), a indústria farmacêutica dos Estados Unidos gasta US\$ 7 bilhões a cada ano para promover medicamentos junto aos médicos, que além da divulgação de informações médicas, estão contados os gastos com brindes, que influenciam o comportamento dos médicos, que muitas vezes criam nestes profissionais uma necessidade inconsciente de retribuir, “a linguagem baseada em recompensas e lembretes condiciona a prescrição acrítica³¹”. Jesus (2007) afirma que as investigações realizadas pela CPI dos Medicamentos provam que os profissionais são alvos dos propagandistas, representantes de vendas dos medicamentos, e que em muitas vezes são persuadidos com presentes sedutores. “[...] as metas de indústrias farmacêuticas, agências de publicidade e empresas de comunicação se sobrepõem à cidadania e à saúde pública” (JESUS, 2007, p. 08).

As informações sobre medicamentos cada vez mais agem, de forma errônea, sobre as pessoas, induzindo-as a usá-los. Porém, atualmente não são somente as pessoas com algum problema de saúde que utilizam medicamentos. Conforme estudos de Moynihan e Wasmes (2006), as grandes empresas farmacêuticas através de estratégias de *marketing agressivo*, fazem com que cada vez mais pessoas saudáveis sintam a necessidade de se medicar. Assim, os autores utilizam o termo “fabricação das síndromes” para designar as pessoas que possuem uma saúde boa, mas que através de campanhas publicitárias transformam os saudáveis em doentes. Barros (2008) aponta para o fascínio das pessoas pelas novas descobertas no campo da saúde, pois além da esperança de cura, as pessoas também desejam prolongar a vida e a juventude, levando ao fenômeno da medicalização da saúde.

³¹ (BERNARDO, Wanderley Marques apud SEGALLO, Cristiane, 2009, não paginado).

Alguns medicamentos são consumidos cada vez mais com o objetivo de moldar o corpo ou o comportamento a padrões estéticos e de conduta rigidamente estabelecidos na cultura. A pesquisa realizada por Nascimento (2005) em 237 reportagens veiculadas em jornais e revistas entre 1980 e 1990 denunciou que a abordagem de risco prevaleceu em 55% dos materiais, prevalecendo um discurso acentuado na autonomia e responsabilização do indivíduo no consumo de medicamentos. Há uma tendência em apoiar a automedicação ao estimulá-las a encontrar solução para emagrecer ou engordar, evitar os sinais do envelhecimento, aumentar a auto-estima etc., ou seja, o medicamento é valorizado com instrumento de adequação a padrões culturais impositivos (NASCIMENTO, 2005).

Na atualidade, o reconhecimento da contribuição dos laboratórios farmacêuticos no controle de doenças convive com inúmeros aspectos que colocam em questão a credibilidade no setor de medicamentos: multiplicação de similares, que não contribuem para a melhoria dos recursos terapêuticos disponíveis. Propaganda intensiva e omissa ou enganosa; apresentação científica inadequada de efeitos indesejados e contra-indicações; aumentos abusivos nos preços; fraudes; proliferação excessiva no número de farmácias; ausência de farmacêutico de plantão nestes estabelecimentos; comercialização de medicamentos de uso restrito; convencimento do consumidor padrão no balcão da farmácia – a chamada “empurroterapia”, entre outros exemplos (NASCIMENTO, 2005, p. 180, grifo do autor).

Portanto, o que se percebe é a magnitude do problema na área da Saúde, em especial a Assistência Farmacêutica. Desde o início dos anos de 1990 até os dias atuais o Estado vem redirecionando o seu papel e se descomprometendo com os usuários do SUS e demais políticas sociais. Bravo (2007) chama esse processo de *ataque do grande capital*, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal que propõem a Reforma do Estado, sugerindo que este deva deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo esses deveres ao setor privado³².

Marin (2003, p. 117) cita Bermudez (1995) ao caracterizar a indústria farmacêutica brasileira³³ como:

³² Segundo Silva (2007), o segmento privado da saúde vem apresentando notável crescimento: 156 milhões de brasileiros. No entanto, a grande parcela da população, 73,1% utilizam o SUS, enquanto os outros 26,9% recorrem ao mercado de saúde.

³³ Atualmente existem no Brasil 591 indústrias farmacêuticas e 72.480 farmácias e drogarias. Disponível em: <http://www.ANVISA.gov.br/medicamentos/controlados/est/nac_estab.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010. Também, em 2002, segundo a ANVISA, existiam 15.831 medicamentos em comercialização no país, com um volume total de unidades de medicamentos comercializados no mercado varejista de 1.277.336.635, correspondendo a um volume financeiro de U\$ 4.471.996.370,00. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

Um segmento industrial altamente diferenciado, dependente do capital transnacional e que abrange tanto a produção de matérias-primas quanto sua transformação, apresentando um campo propício para o florescimento de interesses econômicos conflitantes e antagônicos com os representados pelas políticas de medicamentos compreendidas como políticas de saúde.

Assim, interrogações a cerca da cobrança por parte do Estado pelos medicamentos aos usuários são inerentes a todo o processo de mercantilização da área da saúde discorrido até agora.

Inicia-se pelo questionamento do porque da existência e do crescimento do Programa Farmácia Popular. Como foi dito anteriormente, a justificativa do Governo Federal é que muitas pessoas, usuárias do SUS ou não, não davam continuidade no tratamento terapêutico. Por quê? As opções vão desde a não inclusão do medicamento na RENAME, a má Programação (fase do Ciclo da Assistência Farmacêutica), a demora para a consulta com o médico para obter uma nova receita. Mas, de acordo com os Quadros 4 e 5 mostrados anteriormente, por que a disparidade entre a quantidade fornecida na Rede Própria (107 medicamentos) e no Sistema de co-pagamento (557 medicamentos), sendo que ambos são fornecidos pela FIOCRUZ? Por que a dificuldade de se incluir medicamentos na RENAME? Toda a dificuldade no acesso à Política de Saúde só faz incentivar a automedicação no Brasil. E o fato da grande parcela não possuir poder aquisitivo suficiente para dar continuidade ao tratamento à saúde, faz com que se use medicamentos com prazo de validade vencidos, utilize medicamentos de outras pessoas, podendo agravar a sua enfermidade. Concomitante a isso, emerge o fenômeno da medicalização, como citado anteriormente. O interesse mercadológico das indústrias da moda, cosmética, assim como a farmacêutica, impõe através da mídia novos padrões de beleza, de saúde, de agir, de ser, ampliando *problemas* para vender os medicamentos tidos como a *solução*.

A proposta construída pelo Movimento da Reforma Sanitária e firmada na Constituição Federal de 1988 vem sendo desconstruída na medida em que a saúde se vincula ao mercado. Montañó (2001) ao parafrasear Pereira (1998) afirma que as políticas sociais universais e constitutivas de direito de cidadania são acusadas pelos neoliberais de propiciarem o esvaziamento de fundos públicos, *mal aplicados* em atividades burocratizadas, sem retorno e que estendem a cobertura a toda a população indiscriminadamente. No entanto, sabe-se que a atual Política de Saúde, assim como as demais políticas sociais, está pautada na Política de Ajuste, que segundo Bravo (2007) apresenta como principais tendências:

A contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse período consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997 apud BRAVO, 2007, p. 101).

Desta forma, o projeto neoliberal tenta romper com a condição de direito das políticas sociais e assistenciais, com seu caráter universalista, com a igualdade de acesso, com a base de solidariedade e responsabilidade social, como coloca Montaño (2007).

Percebe-se ainda

[...] o desrespeito aos princípios da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2007, p. 101).

Portanto, falar sobre a tensão do mercado farmacêutica e a Assistência Farmacêutica pública é falar de duas correntes antagônicas que se digladiam. Uma em crescimento, a outra com dificuldades para caminhar. A indústria farmacêutica “joga pesado”, utiliza artimanhas e estratégias impecáveis em busca de maiores vendas, e ainda, possui um personagem, um coadjuvante um tanto quanto protagonista da cena, o Estado para se fortalecer. Para Silva (2007), a política social está em permanente contradição com a política econômica, pois a primeira encontra-se vinculada às necessidades sociais, enquanto a segunda tem como objetivo fomentar a acumulação e rentabilidade na esfera do mercado.

Quando Rêgo (2000) afirma que as políticas de regulação do mercado buscam não apenas resultados a curto prazo, como também procuram influenciar o comportamento de todos os agentes envolvidos no mercado farmacêutico (médicos, pacientes, produtores, administradores de recursos), para que assim, programas como o Farmácia Popular se efetivem ela está certa.

Barcelos (2005) também afirma que as modalidades de abastecimentos de medicamentos do SUS são fragmentadas, possuem lógicas distintas e não são articuladas entre si, fortalecendo assim, o crescimento do Programa Farmácia Popular, pois este sim não se encontra fragmentado e com problemas de abastecimento.

O trabalho, portanto, não nega que o Programa Farmácia Popular atua como porta de entrada para o acesso da população aos medicamentos, mesmo sabendo que 60% dos

trabalhadores brasileiros têm renda de até dois salários mínimos e cerca de 50 milhões de brasileiros não dispõem de meios para ter uso dos medicamentos essenciais (GOMES, 2004). Isso prova que apesar da oferta de medicamentos a preços reduzidos, como o Programa oferece, ainda existe uma grande parcela da população que possui condições financeiras suficientes para comprar os medicamentos que necessita.

Porém, concorda com Carvalho (2004), [200-], (2006), Andrade (2004) e Ministério Público Federal (2010) ao afirmar que a cobrança é indevida e ilegal, pois além de romper com os princípios de universalidade e integralidade, não corresponde à legislação da saúde. A cobrança feita pelo Programa e com o aval do governo é vista como uma venda de um produto, e não como o acesso a um direito. Nega-se o fornecimento do medicamento, não sendo o visto como parte do tratamento da saúde seja como prevenção, proteção ou promoção. Assim, a Política de Medicamentos e a Política de Assistência Farmacêutica devem enfrentar dificuldade os problemas que envolvem o mercado de medicamentos com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos pela população.

Para Nascimento (2005), o uso irracional de medicamentos e proliferação das reações adversas a eles são desdobramentos da atuação, quase de forma monopólica, da indústria farmacêutica. Consequência disso é a falta da qualidade e acesso, que segundo Coelho (2003) são características que caminham juntas no SUS.

Assim, ao refletir sobre a organização dos serviços públicos percebe-se a necessidade de situar, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica. Ela deve ser compreendida não apenas como um insumo básico, como também de relevância para o tratamento terapêutico e das ações de prevenção, promoção e proteção da saúde (MARIN, 2003).

3 O Programa Farmácia Popular do Brasil na pauta dos Conselhos de Saúde

Segundo Bravo (2001a), com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo de descentralização do poder federal sugeriu a autonomia dos municípios, utilizando-se o termo *democratização das políticas públicas*. Assim, foram transferidas para a esfera municipal novas competências e recursos públicos para “fortalecer o controle social e a participação da sociedade nas decisões políticas” (BRAVO, 2001a, p. 44).

No entanto, é somente com a aprovação da Lei nº 8.142 em 1990 que o controle social e a participação da sociedade foram detalhados em sua forma de atuação e competências. Assim, a referida Lei estabeleceu a criação de duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990a).

Segundo Bravo (2001), apesar de apresentarem-se como espaços de tensões e disputas entre interesses antagônicos, os Conselhos de Saúde contribuem para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, a fim de democratizar a relação Estado-sociedade, constituindo-se um, portanto, direito conquistado.

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos – acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2007, p. 125).

Dessa forma, a discussão sobre Conselho de Direitos, em especial o de Saúde, está inerentemente ligada à participação e à democracia. Hoje, a participação comunitária na saúde é um dos principais canais para a relação entre o Estado e a sociedade civil.

O governo não pode exigir co-pagamento do cidadão para algo que já recolheu dinheiro, antecipadamente: a integralidade da Assistência Farmacêutica. O governo

não gasta este dinheiro e vem pedir que os cidadãos co-paguem o que já teriam direito (CARVALHO, 2004, p. 01).

Para Carvalho (1995, p. 08), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Ou seja, é necessário que antes todos os cidadãos percebam em qual democracia se vive, e qual a que se deseja conquistar. A noção de democracia está relacionada à soberania popular, no entanto, com uma soberania burguesa, obviamente as principais decisões econômicas, políticas e sociais seriam, e são, tomadas entre seus entes.

Nesse sentido, é preciso que esteja na pauta dos Conselhos de Saúde o tema Assistência Farmacêutica e o Programa Farmácia Popular, uma vez que o papel dos Conselhos é de discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde através da participação de diferentes representantes da sociedade, já que o seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária não está tão claro (CARVALHO, 1997).

Assim, no item seguinte irão ser apresentados os Conselhos de Saúde dos quais fizeram parte da pesquisa do presente trabalho, e trará, de certa forma, respostas sobre a questão do controle social na Política de Assistência Farmacêutica, em especial, no Programa Farmácia Popular do Brasil.

3.1 A Assistência Farmacêutica na pauta dos Conselhos de Saúde

Com a finalidade de verificar se o tema Assistência Farmacêutica, em especial o Programa Farmácia Popular do Brasil, encontram-se nas pautas dos Conselhos de Saúde, foram pesquisadas as atas dos Conselhos Municipais de Saúde de Florianópolis, Jaraguá do Sul, Joinville e Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina.

Foi dada prioridade aos Conselhos de Santa Catarina que tinham disponíveis as atas de 2007 à 2009 *online* nos respectivos sites. Cabe informar que houve dificuldade em encontrar as atas disponíveis nos sites, uma vez que grande parte dos municípios do estado não possuem endereço eletrônico, e outros apresentam disponibilização parcial das atas. Assim, os Conselhos aqui apresentados são os únicos encontrados do estado de Santa Catarina que disponibilizam as atas das reuniões dos Conselhos na internet de forma integral.

Na amostra de atas de 2007 à 2009 foi realizada a leitura de todas as atas destes Conselhos para identificar se havia o debate sobre a Assistência Farmacêutica e o Programa Farmácia Popular. No período pesquisado foram realizadas 43 reuniões (Conselho Municipal de Florianópolis), 45 reuniões (Conselho Municipal de Jaraguá do Sul), 48 reuniões (Conselho Municipal de Joinville) e 27 reuniões (Conselho Estadual de Santa Catarina). No entanto, conforme o Quadro 7 a seguir, pode-se perceber que o tema foi abordado em 40% das reuniões em Florianópolis, em 20% das reuniões em Jaraguá do Sul, em 29% das reuniões em Joinville e em 52% das reuniões no Conselho Estadual de Santa Catarina.

Foi possível verificar no Quadro 7 que, apesar do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina ter realizado menos reuniões que os demais Conselhos, ele foi o que mais apresentou em pauta o tema da Assistência Farmacêutica, ou seja, em 52% das reuniões foram abordados o tema em questão.

Quadro 7: Número de atas encontradas em cada um dos Conselhos de Saúde pesquisados por ano entre 2007 e 2009

Conselhos	2007	2008	2009	Total
Municipal de Florianópolis	06	02	09	40%
Municipal de Jaraguá do Sul	02	03	04	20%
Municipal de Joinville	06	04	04	29%
Estadual de Santa Catarina	03	07	04	52%
Total	17	16	21	56

Fonte: Elaborado pela autora

Os Conselhos têm a obrigatoriedade de realizar reuniões mensais, no caso o que se evidenciou nos Conselhos Municipais é que estes possuem um número significativo de reuniões extraordinárias. No caso do Conselho Estadual não foi encontrado explicações³⁴ para este número inferior que o total de meses de um ano.

A seguir irão ser apresentados os assuntos específicos levantados sobre a Assistência Farmacêutica e retirados na íntegra das atas dos quatro Conselhos supracitados, assim como uma breve análise dos seus discursos.

³⁴ As reuniões em 2007 foram realizadas nos meses de maio à novembro. Já as reuniões em 2008 foram realizadas nos meses de janeiro à setembro. Em 2009, as reuniões foram realizadas em janeiro, março (duas reuniões), abril à agosto, outubro e novembro. As reuniões de 2007 à 2009 foram todas em caráter ordinário.

3.1.1 Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 8: Assuntos abordados sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis nos anos de 2007, 2008 e 2009

2007	
Informes	<p>A participante Maria Elizabeth Luna apresentou o Programa de Avaliação de Assistência Farmacêutica do município e informou sobre <i>o que é e como está organizada a Política de Assistência Farmacêutica depois que esta foi implantada no município em 2006</i> (ata do mês de Janeiro).</p> <p>O Presidente do Conselho João José Candido alertou sobre uma <i>nova forma de distribuição, que rompeu com a equidade do SUS, para priorizar medicamentos aos mais necessitados</i>. No entanto, através da leitura da ata não foi possível identificar o que o Presidente está se referindo (ata do mês de Maio).</p> <p>O Conselheiro Maury comentou sobre <i>o crescimento no número de farmacêuticos que não distribuem apenas os medicamentos, mas que atuam fazendo a Assistência Farmacêutica, ensinando a população como fazer o uso mais racional de remédios, e como isso gera um impacto na diminuição de custos</i> (ata do mês de Agosto).</p> <p>A participante Patrícia (coordenadora da Policlínica do centro) informou que <i>a assistência farmacêutica conseguiu descentralizar a farmácia em cinco regionais, sendo cada uma responsável pela distribuição dos medicamentos controlados</i>. (ata do mês de Agosto).</p> <p>O participante assessor chefe da vigilância em saúde Anselmo informou sobre <i>a existência de produtos alimentícios e medicamentos produzidos pelos estados do Paraná e Rio Grande do Sul, especialmente em Porto Alegre e Curitiba, sem qualquer controle de qualidade, trata-se de uma série de irregularidades de produtos que são despejados diariamente em Santa Catarina sem o conhecimento das Vigilâncias em Saúde dos estados do Paraná e Rio Grande do Sul</i> e informou sobre a <i>Operação Rota Saudável, na qual se propõe executar inspeções sanitárias em todos os estabelecimentos instalados e em funcionamento ao longo de todas as rodovias estaduais que cortam o Município</i> (ata do mês de Outubro).</p> <p>A participante Patrícia (coordenadora da policlínica do centro) informou que <i>desde o dia 1º de outubro o município assumiu a dispensação dos medicamentos anti-retrovirais</i> (ata do mês de Outubro).</p> <p>Convite para a participação do Conselho Municipal de Saúde em uma Reunião Ampliada, na Câmara Municipal de Florianópolis, com a</p>

	finalidade de esclarecer a nova relação municipal de medicamentos (REMUNE/2007) e a REMECOM ³⁵ (Relação Complementar de Medicamentos) (ata do mês de Novembro).
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>A participante Maria Elizabete Luna apresentou informações sobre a REMUNE e REMECOM do município. <i>Serão distribuídos 174 medicamentos, auxiliado ainda pela REMECOM complementar que oferecerá medicamentos de alto custo.</i> Assim, ela solicitou apoio para o trabalho realizado pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica de Florianópolis na qual ela representa, e considerou que o Conselho devesse aprovar a REMUNE e a REMECOM e enviá-las ao Ministério da Saúde tal deliberação (ata do mês de Fevereiro).</p> <p>Foi colocada como ponto de pauta para a reunião seguinte a questão do andamento do Programa de Avaliação de Assistência Farmacêutica (Prestação de Contas) (ata do mês de Maio).</p>
2008	
Informes	<p>Convite para participar das Cerimônias de Inauguração da Policlínica Municipal Norte e da Farmácia-Escola Municipal, assim como do Lançamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (ata do mês de Março).</p> <p>O Presidente do CMS João José Candido da Silva informou que a inauguração da Farmácia Escola foi realizada pela Prefeitura de Florianópolis com o apoio da UFSC e comentou que o Projeto Farmácia-Escola é consequência do Plano de Assistência Farmacêutica (ata do mês de Março).</p>
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>O assessor chefe de Planejamento da SMS Mário Bastos Júnior informou que o Ministério da Saúde estabeleceu que qualquer investimento dele, só poderá ser recebido mediante apresentação de projetos ou pré-projetos. Entre eles, encontra-se um projeto de R\$ 84.470,00 destinado a capacitação de pessoal que trabalha na Assistência Farmacêutica do município de Florianópolis, sendo que o valor total dos projetos da SMS aprovados pelo Ministério totaliza um milhão cento e oitenta e cinco mil cento e sessenta reais (ata do mês de Fevereiro).</p> <p>Os participantes Eleudemar (da SMS) e a Prof^a Dra. Mareni Rocha Farias (do Departamento de Farmácia da UFSC) apresentaram o Projeto Farmácia Escola. O Projeto visa trabalhar dentro da perspectiva de rede, e tem como objetivo qualificar a atenção farmacêutica do Município. Eleudemar informou também que a SMS disponibilizou para a UFSC dez bolsas de valor financeiro para que os alunos atuem junto com os profissionais de saúde no Projeto. Na sequência houve debate sobre a</p>

³⁵ “A elaboração de protocolos clínico-terapêuticos é uma tarefa complexa que exige fundamentação bibliográfica e consensos técnicos. Assim foram selecionados como itens de partida para formulação de protocolos os medicamentos de uso controlado (Programa de Saúde Mental) e alguns medicamentos que representam necessidades específicas de cada programa de saúde em execução na Secretaria Municipal de Saúde (programas de Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde Bucal e Saúde da Mulher) e considerados prioritários do ponto de vista do perfil epidemiológico da população. Esta nova lista, objeto dos Protocolos Clínico-terapêuticos passou a ser chamada de REMECOM (Relação de Medicamentos Complementares)”. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/assistencia_farmaceutica/remecom.php>. Acesso em: 25 jun. 2010.

	inclusão e exclusão de medicamentos na REMUNE e sobre judicialização (ata do mês de Março).
2009	
Informes	<p>A secretaria do Conselho avisou <i>que informações sobre o andamento da Farmácia-Escola serão apresentadas na próxima reunião</i> (atas dos meses de Abril, Maio e Junho).</p> <p>A participante, Janaína (farmacêutica), informou sobre <i>o funcionamento da Farmácia-Escola. Esta abordou temas como o Programa de Medicamentos Excepcionais, metas e dados gerais sobre a Farmácia-Escola.</i> No entanto, estas informações não constavam na ata (ata do mês de Julho).</p> <p>Convite da Escola Nacional de Farmacêuticos para participar do 2º Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica no mês de agosto, em Salvador/BA (ata do mês de Agosto).</p> <p>Informe sobre o recebimento de uma correspondência da Conselheira Maria Estela da Conceição, representante do Instituto Arco-Íris, que relatou <i>problemas encontrados por usuários vivendo com HIV/AIDS na marcação de consultas e dispensação de medicamentos na Policlínica do Centro</i> (ata do mês de Setembro).</p> <p>Informe da realização entre os meses de outubro e dezembro de 2009 e fevereiro e março de 2010, do Programa de Capacitação Multiprofissional para implantação de Protocolos Clínico-Terapêuticos e de Dispensação de Medicamentos. <i>Tal programa tem como objetivo a diminuição dos impactos negativos da utilização de medicamentos, tanto pelo seu emprego inadequado, como pela falta de acesso</i> (ata do mês de Novembro).</p>
Denúncias	<p>O Conselheiro Elci questionou <i>a SMS quanto ao medicamento cefalexina, indicado para gestantes, no qual não estava apresentando eficácia.</i> Ele obteve a informação de que <i>diversas gestantes internadas na Maternidade Carmela Dutra estavam fazendo críticas a este medicamento e que o Dr. Jorge Abi Saab desconfiou do medicamento e o levou para exame em Curitiba. Lá, foi constatado que de fato tal medicamento não apresentava a formulação indicada.</i> O Presidente do CMS solicitou que <i>o Conselheiro fizesse esta denúncia por escrito, incluindo o nome do médico, com a finalidade de que este se responsabilize perante a Vigilância em Saúde</i> (ata do mês de Fevereiro).</p>
Esclarecimentos	<p>Um representante do Conselho Local de Saúde da Tapera solicitou ao Conselho <i>esclarecimento sobre a falta de aparelho de ar condicionado, computadores, curativos e medicamentos na Unidade Básica de Saúde</i> (ata do mês de Maio).</p> <p>O secretário executivo Darcy questionou sobre <i>o tempo de demora entre a solicitação do medicamento e sua retirada.</i> A participante Janaína (farmacêutica) afirmou que <i>o prazo é de 45 dias, pois há demora na análise dos processos pela DIAF</i> (ata do mês de Julho).</p>

	<p>Com relação a demora de 45 dias entre a solicitação do medicamento e sua retirada, o Conselheiro Walter afirmou que <i>o número de processos naquela data era cerca de 6.000</i>. Assim, afirmou a importância de encaminhar essa questão à reunião da Câmara Técnica de Atenção à Saúde, e posteriormente à Dra. Sônia Piardi, do Ministério Público (ata do mês de Julho).</p> <p>A Conselheira Estela solicitou <i>esclarecimentos para a Câmara Técnica sobre a prestação de contas de R\$ 20.000,00 remetidos pelo Ministério da Saúde e destinados para a Assistência Farmacêutica da SMS</i> (ata do mês de Agosto).</p>
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>A Conselheira Alda comentou que <i>há a necessidade de que um membro do Conselho faça parte da Comissão Farmácia e Terapêutica da SMS</i>. Ela se colocou a disposição, e o Conselho aprovou a votação com unanimidade (ata do mês de Março).</p>

Fonte: Conselho Municipal de Florianópolis

Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal/index2.php?modo=atas>.

As informações obtidas nas 43 reuniões, entre os anos de 2007 à 2009 do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, mostraram que em 40% das reuniões foram abordados o tema em questão. Nestes anos o tema da Assistência Farmacêutica esteve em pauta da maioria das reuniões, mas na grande maioria sendo informes, alguns esclarecimentos, alguns convites e para aprovação identificamos apenas em 2008 a Farmácia Escola, resultante de um convênio entre SMS e UFSC. Os temas abordados em síntese podem ser destacados: esclarecimento quanto às REMUNE e REMECOM, a Política de Avaliação da Assistência Farmacêutica, o aumento do número de profissionais farmacêuticos e sua importância quanto ao esclarecimento do uso racional de medicamentos, o debate sobre o judicialização, capacitação multiprofissional dos profissionais da saúde para o trabalho de dispensação de medicamentos, como também aspectos negativos relacionados às denúncias de medicamentos com irregularidades e problemas com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, problemas com a dispensação de medicamentos anti-retrovirais, problemas com a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, ou seja, fica clara a divisão do tema entre avanços e percalços. Nestes anos não foram identificados a Farmácia Popular sendo tema de qualquer

discussão neste Conselho, sendo que, em Florianópolis existem 40³⁶ Farmácias Populares do Sistema de co-pagamento, enquanto da Rede Própria existem apenas 02³⁷.

3.1.2 Conselho Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul

Quadro 9: Assuntos abordados sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Conselho Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul nos anos de 2007, 2008 e 2009

2007	
Informes	O Secretário de Saúde informou que <i>o município recebeu R\$ 50.000,00 do Governo Federal para a abertura da Farmácia Popular</i> . Acrescentou que <i>o ideal seria ter um farmacêutico em cada Unidade de saúde, mas que no momento não era possível sendo apenas um Para toda a rede no município</i> . Informou também que <i>o Conselho Regional de Farmácia aceita que um Enfermeiro faça a dispensação de medicamentos</i> (ata do mês de Novembro).
Denúncias	A Secretária executiva informou sobre uma <i>denúncia feita ao Centro de Direitos Humanos sobre dois pacientes, um sobre medicação e outro sobre exame, encaminhados à Comissão de Fiscalização e Controle para apurar os fatos</i> (ata do mês de Setembro). O Conselheiro João Fiamoncini informou que <i>no Posto de Saúde do Bairro Santo Antônio faltavam remédios</i> (ata do mês de Setembro).
2008	
Informes	Durante a apresentação do Programa DST/HIV/AIDS e CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), a conselheira Leníra informou que <i>os medicamentos anti-retrovirais para o tratamento da doença não têm faltado no município e que a distribuição dos mesmos tem sido feita pela Secretaria de Estado da Saúde</i> (ata do mês de Junho). Durante a apresentação da Oncoclínica, o participante Luiz Carlos (médico), informou que <i>o local atende exames de quimioterapia pelo SUS, sendo referência no estado e dá ênfase na atuação do profissional farmacêutico</i> (ata do mês de Junho).
Esclarecimentos	O Conselheiro Edson solicitou esclarecimento quanto <i>ao valor investido pelo município mensalmente no tratamento da HIV/AIDS</i> (ata do mês de Fevereiro).

³⁶ Existe grande concentração da Farmácia Popular do Sistema de co-pagamento. Das 40 farmácias credenciadas, 18 estão no centro do município. Número disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fpbrsc_sc.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2010.

³⁷ Número disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=assfar+++farmacia+popular>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

	<p>O Secretário de Saúde esclareceu um comentário havido durante a semana da reunião do Conselho, feito pelo ex-Secretário da Saúde e ex-prefeito nas rádios locais, dizendo que <i>o município estaria comprando R\$ 1,8 milhão em medicamentos</i>. O Secretário informou que <i>a crítica tem unicamente fins eleitorais e disse que irá às rádios para desmentir tal afirmação</i> (ata do mês de Maio).</p>
2009	
Informes e esclarecimentos	<p>O Secretário Municipal de Saúde informou que <i>com a nova sede da Secretaria, haverá uma sala para o Conselho, devendo abrigar também os setores de Vigilância Sanitária, administrativo, financeiro, almoxarifado e a Farmácia Básica, que deve atender a média de 600 pessoas por dia</i> (ata do mês de Junho).</p> <p>A secretaria do Conselho informou sobre <i>o recebimento de uma correspondência do Conselho Municipal dos Direitos do Consumidor solicitando para pauta do Conselho Municipal de Saúde a discussão sobre o comércio farmacêutico em Jaraguá do Sul</i> (ata do mês de Junho).</p> <p>O Conselheiro João Fiamoncini questionou sobre <i>a falta de medicamentos na Farmácia Básica mantida pela SEMUS</i>. O Secretário disse que <i>a SEMUS não possui orçamento para cobrir despesas com receitas médicas que estejam fora da lista de medicamentos básicos</i>. A conselheira Nanci Zimmermann emendou dizendo que <i>a Secretaria presta Assistência Farmacêutica para a atenção básica e que o fornecimento de medicamentos de alto custo é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde</i> (ata do mês de Julho).</p> <p>O Conselheiro Amilchar questionou o Secretário da Saúde quanto uma <i>farmácia denominada de “Farmácia Popular” que se encontra no centro da cidade</i>. Avisou que <i>ela está utilizando o mesmo nome do Programa Farmácia Popular, fazendo com que a comunidade vá até a suposta farmácia acreditando ser ao do Programa</i> (ata do mês de Setembro).</p> <p>O Conselheiro Dion informou que <i>durante a viagem de vinda de pacientes de Florianópolis, estes têm que dividir espaço no microônibus com as medicações</i>. O Secretário de Saúde informou que <i>já havia solicitado providências ao setor competente, para que isso não ocorresse mais</i> (ata do mês de Outubro).</p>

Fonte: Conselho Municipal de Jaraguá do Sul.

Disponível em: <http://portal.jaraguadosul.com.br/modules/xt_conteudo/index.php?id=905>.

O Conselho Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul apresentou em 20% das reuniões realizadas entre os anos de 2007 e 2009 assuntos relacionados à Assistência Farmacêutica. Diante das falas dos Conselheiros e participantes das reuniões, percebeu-se que o tema apareceu sempre como informe e esclarecimentos. No que se relaciona ao tema deste

trabalho, a Assistência Farmacêutica, foi possível elencar os seguintes assuntos apresentados: abertura de Farmácia Popular; necessidade do farmacêutico para atendimento dos usuários; denúncias com relação a falta de medicação nas Unidades Básicas de Saúde; problemas com a estocagem dos mesmos. Também, questões como o atendimento de 600 pessoas por dia nas Farmácias Básicas e a boa Programação de medicamentos anti-retrovirais para o Programa DST/HIV/AIDS. Apesar do Conselho ter discutido de forma propositiva alguns temas referente à Assistência Farmacêutica em 20% das reuniões, nota-se que apesar do informe de abertura da Farmácia Popular, a questão da sua inconstitucionalidade não foi debatida. Atualmente, o município possui, além de 01 Farmácia Popular da Rede Própria, 11 do Sistema de co-pagamento.

3.1.3 Conselho Municipal de Joinville

Quadro 10: Assuntos abordados sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Conselho Municipal de Saúde de Joinville nos anos de 2007, 2008 e 2009

2007	
Informes	<p>Correspondência da Associação Brasileira de Enfermagem informou sua posição contrária à liminar do Tribunal Regional Federal da 1ª Região - Brasília, que suspende a Portaria 648/GM/2006 do Ministério da Saúde, na qual permite aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica, realizar entre outras atribuições, consultas de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos pelos gestores municipais de saúde (ata do mês de Abril).</p> <p>A participante Selma apresentou os números de pacientes cadastrados nos Programas de Hipertensos e Diabéticos e o total de receitas ativas e o total de receitas executadas. Apresentou as denúncias, processos e auditorias acumuladas de 1998 à 2007 até o 2º trimestre, as denúncias abertas e concluídas no mesmo período (ata do mês de Agosto).</p> <p>O Secretário de Saúde informou que <i>o Conselho Nacional de Medicamentos editou uma Resolução que impôs a obrigatoriedade dos fornecedores aplicarem 24% de desconto do preço de fábrica nos medicamentos de alto custo na venda para estados e municípios. No entanto, desde o mês de março os fornecedores se negaram a dar o desconto, gerando conseqüentemente atrasos nas compras de medicamentos</i> (ata do mês de Agosto).</p> <p>A conselheira local de saúde Célia informou sobre <i>uma reivindicação na</i></p>

	<p><i>qual os técnicos e auxiliares de enfermagem treinados e capacitados pudessem atuar nas farmácias, esclarecendo que na I Conferência de Farmácia e Medicamento, foi aprovada uma moção onde os agentes de saúde ou os auxiliares de enfermagem capacitados pudessem atuar nas farmácias (ata do mês de Setembro).</i></p> <p>O vereador Adilson Mariano Presidente da Comissão de Saúde da Câmara apresentou o relatório da Comissão indicando problemas identificados após visitas às 72 Unidades de Saúde. Os principais problemas identificados foram: contratação temporária, rotatividade de funcionários, carência de Assistentes Sociais e dentistas nos PSFs, equipes atendendo mais famílias do que o preconizado pelo SUS. Além disso, verificou além da falta, problemas com o fornecimento de medicamentos, assim como problemas na estrutura física nas Unidades (ata do mês de Setembro).</p>
Esclarecimentos	<p>A conselheira Terezinha solicitou um relatório sobre a eficiência e qualidade de medicamentos usados na Rede Pública (ata do mês de Janeiro).</p> <p>O Conselheiro Osni questionou <i>se havia alguma política de combate ao desperdício ou de aproveitamento de material reciclável, tendo em vista as despesas com medicamentos e materiais de consumo no valor de 25 milhões.</i> Após este questionamento houve esclarecimentos (ata do mês de Março).</p> <p>O Conselheiro Douglas afirmou que <i>a Portaria Ministerial do Programa Saúde da Família garante dentro do que rege a legislação de cada profissão de que o enfermeiro pode prescrever medicamentos e solicitar exames dentro de protocolos estabelecidos pela instituição.</i> No entanto a conselheira local de saúde, Célia, mostrou-se <i>preocupada quanto a enfermeiros prescreverem os medicamentos.</i> A Presidente Ana Maria Groff Jansen, esclareceu que <i>o diagnóstico é feito pelo médico e que no município de Joinville, especificamente, o enfermeiro ainda não prescreve medicamento</i> (ata do mês de Junho).</p> <p>A conselheira Sônia pediu esclarecimento quanto <i>a distribuição de medicamento com receita pela Farmácia Escola, se era somente atendidas receita padronizada do SUS</i> (ata do mês de Agosto).</p> <p>A conselheira local de saúde Célia solicitou <i>esclarecimentos sobre o problema na aquisição de medicamentos de alta complexidade.</i> O Conselheiro Wilson informou que <i>os repasses aconteciam de fundo a fundo, e disse que os atendimentos não eram prejudicados pelo não repasse da verba</i> (ata do mês de Agosto).</p>
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>A Presidente do Conselho Ana Maria Groff Jansen apresentou o Plano Plurianual 2008 da Secretaria Municipal de Saúde, destacando os Programas, ações e seus respectivos valores, entre eles a Assistência Farmacêutica e Fortalecimento da Gestão do SUS. A Secretária do Conselho expôs ainda a previsão de gastos com pessoal, com hospitais, clínicas e laboratórios, medicamentos e materiais de consumo, outros</p>

	<p>serviços de terceiros, obras e instalações, equipamentos e materiais permanentes, com o Consórcio Intermunicipal de Saúde e com os médicos dos Prontos Atendimentos (ata do mês de Janeiro).</p> <p>A Presidente do Conselho Ana Maria Groff Jansen colocou em votação o Pré-Projeto para Aquisição de Equipamento de dispensação eletrônica de medicamentos para a farmácia do Hospital Municipal São José (ata do mês de Setembro).</p>
2008	
Informes	<p>A participante Selma apresentou a Prestação de Contas do 1º trimestre de 2008. Entre os destaques estava a receita ativa da Assistência Farmacêutica e as receitas executadas, segundo cada unidade (ata do mês de Maio).</p> <p>O Projeto Pró-Saúde do Ministério da Saúde que tem parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) foi apresentado. Neste <i>os alunos de 1º, 2º e 3º ano de Odontologia e Farmácia serão capacitados a desenvolver as atividades educativas e de promoção de saúde, participação de reuniões dos Conselhos Local e Municipal de Saúde, os alunos de 4º e 5º ano de Odontologia e Farmácia serão capacitados a desenvolver as atividades de Promoção de Saúde. Os alunos de Farmácia serão capacitados a desenvolver o cultivo de plantas medicinais considerando as diretrizes técnicas pertinentes.</i> (ata do mês de Junho).</p> <p>Cristina, coordenadora da Unidade Sanitária informou que <i>entre 1986 e 2008 o município registrou 2.541 casos clínicos de AIDS e atualmente estão realizando tratamento com Anti-retroviral somente 1.782 pessoas, medicamento este fornecido pela Unidade Básica de Saúde</i> (ata do mês de Julho).</p> <p>Informe do ofício de junho de 2008, do Gabinete da Diretora Geral da Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando documentos referentes a auditoria realizada pela Controladoria Geral da União com relação ao repasse da Farmácia Básica (ata do mês de Agosto).</p>
Esclarecimentos	<p>A conselheira Ester solicitou esclarecimentos sobre o <i>porquê do Ministério da Saúde não ter feito o repasse da hemodiálise. O Conselheiro Wilson informou que houve problema quando o Ministério da Saúde não justificou o pagamento. O repasse para a Assistência Farmacêutica Básica ocorreu com o mesmo problema</i> (ata do mês de Agosto).</p>
2009	
Informes	<p>A Secretária do Conselho informou que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, promoverão a 8ª Conferência Municipal de Saúde sob o tema “Judicialização dos Medicamentos e Procedimentos no SUS” (ata do mês de Maio).</p>
Denúncias	<p>A conselheira Ester manifestou <i>indignação com a escassez na oferta de medicamentos. O Conselheiro Tarcísio informou que houve falta de medicamentos, porém essa dificuldade já foi resolvida</i> (ata do mês de</p>

	Março). Foi lida uma correspondência da Ação Social da Saúde Comunitária (Sociedade Civil Organizada), encaminhando denúncias referentes a atendimento e falta de medicamentos nos postos de Saúde (ata do mês de Março).
Informes	A nutricionista da equipe de Atenção Básica Janine, mostrou indicadores <i>da melhora nos resultados na prevenção, recuperação e tratamento de doenças e agravos não transmissíveis e desordens crônicas, que conseqüentemente poderá desmedicalizar e melhorar a qualidade de vida dos usuários</i> (ata do mês de Abril).
Esclarecimentos	Foi lido um ofício do Conselho Local de Saúde solicitando esclarecimentos sobre as receitas de medicamentos particulares para uso na farmácia do SUS (ata do mês de Outubro).
Pontos de pauta para debate e deliberação	Foi lida a correspondência do Conselheiro Douglas, no qual propôs o descarte de medicamentos vencidos. O mesmo esclareceu que <i>a proposta é de se criar no Município, pontos para coleta de medicamentos vencidos, evitando o desperdício e o mau uso do medicamento. O Conselheiro Hamilton considerou que essa deveria ser uma responsabilidade das Unidades de Saúde, e que deveria também distribuir entre os usuários materiais educativos relacionados ao uso racional de medicamentos, proposta aceita pelos membros do Conselho</i> (ata do mês de Abril).

Fonte: Conselho Municipal de Joinville

Disponível em: <<http://www.saudejoinville.sc.gov.br/conselhoSaudeCronogramaAssembleias.php>>.

Das 48 reuniões realizadas entre os anos de 2007 e 2009 pelo Conselho Municipal de Saúde de Joinville, este apresentou assuntos relacionados à Assistência Farmacêutica em 29% das reuniões. Diante das falas dos Conselheiros e participantes da reunião, percebeu-se que o tema ficou dividido entre avanços e dificuldades no acesso à saúde, dos quais foram identificados com maior relevância: a discussão sobre o profissional de farmácia realizar outras atribuições como consultas, solicitação de exames e prescrição de medicamentos; denúncias e reclamações sobre o fornecimento de medicamentos; discussão sobre o desperdício de medicamentos e dificuldades na aquisição de medicamentos de alto custo; discussão sobre a parceria firmada entre a SMS e a UNIVILLE na qual os alunos do curso de farmácia passariam a realizar atividades educativas e promoção de saúde; e a promoção da 8ª Conferência Municipal de Saúde que tinha como tema a “judicialização dos medicamentos e procedimentos no SUS”. O município de Joinville não possui nenhuma Farmácia Popular da Rede Própria³⁸, enquanto do Sistema de co-pagamento possui 29 farmácias credenciadas. No

³⁸ De acordo com o site do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/enderecofarmaciapopularsc.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2010.

entanto, apesar da discrepância dos índices, em nenhuma reunião do Conselho do período pesquisado foi debatido sobre o Programa Farmácia Popular.

3.1.3 Conselho Estadual Saúde de Santa Catarina

Quadro 11: Assuntos abordados sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina nos anos de 2007, 2008 e 2009

2007	
Informes	<p>A Diretora Geral da SES apresentou a parte técnica da Política de Assistência Farmacêutica, e informou que <i>a SES tem discutido muito com o Ministério Público e o Tribunal de Justiça a questão das ações judiciais para compra de medicamentos</i>. Foi mostrado um gráfico que aponta até setembro de 2007 um gasto da SES de R\$ 43, 3 milhões para atender 3.917 pacientes (ata do mês de Dezembro).</p> <p>O assessor jurídico da SES Maurício Batalha Machado, explicou o novo fluxo criado para prestar atendimento aos pedidos de medicamentos excepcionais e ações judiciais. Disse que <i>o núcleo preza por estabelecer constante diálogo com os advogados impetrantes dessas ações, procuradores e o Ministério Público</i> (ata do mês de Dezembro).</p>
Esclarecimentos	<p>A Comissão de Vigilância em Saúde solicitou à Diretoria de Medicamentos um parecer acerca da entrega final de medicamentos, requeridos sob ação judicial pelos pacientes, em razão de demora de até dois meses (ata do mês de Julho).</p> <p>O Conselheiro Mário solicitou uma <i>discussão sobre medicamentos excepcionais e ações judiciais</i> (ata do mês de Outubro).</p> <p>O Conselheiro Gilberto questionou <i>o atraso na entrega de medicamentos excepcionais para transplantados</i> (ata do mês de Dezembro).</p>
2008	
Informes	<p>Raquel Ribeiro Bittencourt enfatizou o <i>cuidado que se deve ter com a questão da medicação, pois pode criar dificuldade no acesso</i>. Disse que <i>muitos medicamentos estão disponíveis no Programa de Medicamentos Especiais da SES, mas lembra a necessidade de se obter o diagnóstico correto e a prescrição adequada</i> (ata do mês de Fevereiro).</p> <p>O participante Mário Henry informou que <i>o Município de Rio do Sul faz entrega de medicamentos às pessoas excepcionais e idosas, em domicílio e ressaltou que isto é uma iniciativa muito interessante</i> (ata do mês de Abril).</p>

	<p>O Conselheiro Carreirão leu o Parecer da Comissão de Acompanhamento Orçamentário no qual recomendou <i>a análise dos custos do fornecimento de medicamentos com base em decisões judiciais para identificar a possibilidade de inclusões na próxima previsão orçamentária, racionalizando a utilização e reduzindo despesas</i> (ata do mês de Maio).</p> <p>O Secretário Executivo do Conselho Marcelo Pinter, fez a leitura do relato da Comissão que visitou o Hospital Florianópolis e constatou algumas irregularidades como: <i>gavetas de medicamentos sem repartição de medicamentos, podendo haver troca de medicação do paciente, facilmente por parte do profissional que não estiver muito atento</i> (ata do mês de Junho).</p> <p>O Conselheiro Luciano Soares informou que <i>o Conselho Regional de Farmácia recebeu um relatório do Tribunal de Contas do Estado (TCE), sobre uma auditoria feita nos Centros de Custos que são responsáveis pela dispensação de medicamentos de alto custo. Disse que nessa auditoria o TCE apurou uma série de irregularidades, dentre elas, se destaca a ausência de profissionais farmacêuticos nesses Centros de Custos</i> (ata do mês de Julho).</p> <p>A participante Silvana informou e convidou os membros do Conselho para que <i>participem do evento “Direito à Saúde e Políticas Públicas”, promovido pela Prefeitura de Itajaí, e que irá debater a questão da judicialização do acesso à saúde e medicamentos</i> (ata do mês de Setembro).</p>
Esclarecimentos	<p>O Conselheiro Carreirão solicitou <i>informações referentes à Assistência Farmacêutica</i> e questionou <i>se na execução dos medicamentos excepcionais, mostrada na prestação de contas, estão incluídas as demandas judiciais</i> (ata do mês de Janeiro).</p> <p>O Conselheiro Ronald Ferreira questionou <i>se o Grupo de Desinstitucionalização está pautando a questão da desmedicalização, qual o aspecto da Assistência Farmacêutica relacionado à Saúde Mental e ressaltou a importância do debate sobre o assunto</i> (ata do mês de Fevereiro).</p> <p>A Presidente do Conselho Carmen Emília Bonfá Zanotto, perguntou ao participante, Dr. Fernando, <i>se o protocolo de medicamentos excepcionais para a doença de Parkinson atende à demanda dessa população</i>. Este respondeu que o protocolo de medicamentos atende à demanda dos portadores de Parkinson e, segundo ele, o problema está na burocracia da dispensação dos medicamentos (ata do mês de Setembro).</p>
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>O Secretário Executivo solicitou à Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário do Conselho Estadual de Saúde <i>orientação para solicitar custos financeiros e orçamento dependidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, para o campo da saúde mental, incluindo rede hospitalar, medicamento entre outros</i> (ata do mês de Julho).</p>

2009	
Informes	<p>A Presidente Carmen Zanotto explicou a Portaria Ministerial 3237 de 2007 na qual aprovou as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, assim como a Resolução 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 2004, na qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabeleceu os princípios gerais e eixos estratégicos. Disse ainda que <i>em Santa Catarina o Conselho também aprovou o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica</i> (ata do mês de Janeiro).</p> <p>O Conselheiro Carreirão informou que <i>se deve repensar a Assistência Farmacêutica de acordo com o princípio da integralidade</i>, pois, segundo ele, <i>o descumprimento, por parte do Estado, da Lei 8.080 faz com que haja, cada vez mais, ações judiciais em relação à dispensação de medicamentos</i> (ata do mês de Maio).</p>
Esclarecimentos	<p>A Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), representado por Luis Antônio Silva, falou que <i>a dispensação de medicamentos para o HIV/AIDS, está sendo discutida pela SES e que mesmo assim há questões que dificultam a dispensação, como por exemplo, a distribuição parcelada pelo Ministério da Saúde</i> (ata do mês de Novembro).</p>
Pontos de pauta para debate e deliberação	<p>No debate sobre a Política de Saúde no sistema prisional, se questionou o <i>porquê de não estar na equipe de profissionais para o Sistema Prisional, o profissional farmacêutico</i>, pois, <i>há presídios que têm uma grande quantidade de medicamentos armazenados e não tem a orientação de um farmacêutico para manusear e estocar esses produtos</i>. Isabel explicou que <i>se existe uma Portaria que preconiza o profissional itinerante para fazer o serviço em relação aos medicamentos</i> (ata do mês de Abril).</p> <p>A Diretora de Assistência Farmacêutica Maria Teresa Bertoldi Agostini, fez a apresentação da Proposta de Alteração do Co-financiamento da Assistência Farmacêutica na área de medicamentos especiais, que foi aprovada pela maioria dos Conselheiros (ata do mês de Maio).</p> <p>A Presidente do Conselho Carmen Zanotto, abriu a discussão do Plano de Ações e Metas HIV/AIDS de 2010. Assim, o Conselheiro Vice-Presidente Luiz Antônio da Silva, relatou que <i>na Comissão de Vigilância em Saúde não houve consenso quanto ao Plano, pois a questão do diagnóstico do HIV leva em torno de 60 dias para ser concluído</i>. Salientou também a dificuldade da dispensação de medicamentos que, segundo ele, <i>deve-se ao fato da DIAF não assumir esta questão</i> (ata do mês de Novembro).</p>

Fonte: Conselho Estadual de Santa Catarina

Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/conselhoestadual/atas/atas.htm>.

Por último, o Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina foi o Conselho que menos realizou reuniões, foram 27 durante o período de 2007 à 2009. Apesar do número de reuniões ter sido reduzido, diante do Quadro 11 apresentado anteriormente, verificou-se que o tema Assistência Farmacêutica foi abordado em 52% das reuniões. De acordo com as atas

pesquisadas, foram identificados com maior destaque os seguintes problemas: aumento do número de ações judiciais para obtenção de medicamentos, falta de medicamentos anti-retrovirais para suprir a demanda e atraso para o fornecimento dos medicamentos requeridos via judicial. No entanto, existe a preocupação com a questão da judicialização, tanto do acesso à saúde quanto do acesso aos medicamentos, pois esse processo consome um grande volume de recursos do SUS. Existe uma necessidade de se identificar quais são os medicamentos solicitados judicialmente para que assim possam ser incluídos nas Relações de Medicamentos e na previsão orçamentária, a fim de racionalizar e reduzir as despesas, reclamação da demora do deferimento do pedido. Diante do que foi exposto nas atas, existe a preocupação de se discutir a questão da judicialização, tanto é que houve no período pesquisado um evento que abordou o direito à saúde e a judicialização do acesso e dos medicamentos. Este Conselho, portanto, apresentou em grande parte das reuniões a questão da judicialização.

O tema sobre o Programa Farmácia Popular não foi apresentado por este Conselho. No entanto, diante dos números de estabelecimentos credenciados pelo Sistema de co-pagamento da Farmácia Popular, o assunto deveria ter tido maiores destaques. De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, existem 442 registros de farmácias no Sistema de co-pagamento, enquanto que na Rede Própria existem somente 16 no estado.

Quadro 12: Número de farmácias existentes em Florianópolis, Jaraguá do Sul, Joinville e Santa Catarina na Rede Própria e no Sistema de co-pagamento

Programa Farmácia Popular	Florianópolis	Jaraguá do Sul	Joinville	Santa Catarina
Rede Própria	02	01	0	16
Sistema de co-pagamento	40	11	29	442

Fonte: Programa Farmácia Popular. Ministério da Saúde

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/enderecofarmaciapopularsc.pdf>> e <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fpbrsc_sc.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2010.

3.2 Os Conselhos de Saúde deliberam sobre o Programa Farmácia Popular?

Um aspecto importante do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde é a participação ativa e instruída de indivíduos e comunidades, no processo de formulação da política de saúde que os afeta. Na maioria dos casos, uma comunidade local possui um senso apurado sobre as prioridades de saúde que lhes dizem respeito. A comunidade possui o direito de participar na identificação das prioridades e metas de saúde. O objetivo dessa participação é estabelecer diretrizes capazes de guiar as deliberações técnicas subjacentes à formulação de políticas

públicas de saúde do interesse dos membros dessas comunidades (HUNT e KHOSLA, 2008, não paginado).

O papel do Conselho de Saúde é discutir, elaborar e fiscalizar a Política de Saúde, no entanto, o que vem se apresentando, principalmente nos Conselhos Municipais de Saúde, é o acúmulo de reclamações da estrutura física, falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive os medicamentos anti-retrovirais, preocupação com o uso incorreto de medicamentos, assim como o incentivo à atividades para promover o uso racional dos mesmos. Já no Conselho Estadual de Saúde, de acordo com a pesquisa realizada, grande discussão em torno da judicialização da saúde (tanto do acesso aos serviços como aos medicamentos), como também a preocupação com o crescimento das ações judiciais para a obtenção de medicamentos e acesso aos serviços de saúde, que vem cada vez mais se tornando assunto central das reuniões devido ao grande valor financeiro que onera o estado. Em 2007, por exemplo, o estado de Santa Catarina chegou a gastar R\$ 42 milhões para a compra de medicamentos via judicial³⁹.

Mas, ao analisar o conteúdo das atas pesquisadas, verifica-se que, apesar de ter sido dado um informe sobre a inauguração da Farmácia Popular no município de Jaraguá do Sul, em 2007, não houve maiores abordagens e discussões sobre o Programa Farmácia Popular, tema deste trabalho. Ou seja, a pesquisa foi realizada entre os anos de 2007 e 2009 em quatro Conselhos de Saúde, e não houve grandes considerações em torno de sua existência durante os três anos consecutivos, muito menos, em torno de sua inconstitucionalidade.

No entanto, mesmo que o Conselho Nacional de Saúde não tenha sido objeto de investigação deste trabalho, de acordo com uma pesquisa realizada na internet, verificou-se que, durante a 46ª reunião desse Conselho, Francisco Batista Júnior (2010), Presidente do Conselho defendeu que os recursos destinados às mais de 12.248⁴⁰ unidades credenciadas ao Programa Farmácia Popular sejam investidos no abastecimento da Rede Pública de Saúde e julga que “o ganho seria infinitamente maior” (BRASIL, 2010d, não paginado). Vale notar que esta reunião realizada em junho de 2010 possibilitou a atualização dos números de farmácias credenciadas no Sistema de co-pagamento, pois, de acordo com o Quadro 5⁴¹, o números em abril era de 11.984.

³⁹ Para saber mais acesse: <http://www.ecoeacao.com.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2204>. Acesso em: 29 jun. 2010.

⁴⁰ Número atualizado durante a 46ª reunião do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida em 08/06/10. Disponível em: <http://Conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/10_jun_farmacia_popular.htm>. Acesso em: 18 jun. 2010.

⁴¹ Ver página 45.

Contudo, para José Miguel Nascimento Júnior⁴² (2010), Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Popular do Brasil vem evoluindo, além de “ser o Programa de maior índice de satisfação no Governo Federal dos últimos tempos [...] é preciso olhar o Programa Farmácia do Brasil como um avanço, sim, apesar de suas dificuldades” (BRASIL, 2010d, não paginado).

No entanto,

Ainda que a intenção seja louvável é salutar que alguns pontos, como por exemplo, as contratações terceirizadas tão comuns nessas farmácias populares e o número exorbitante de redes privadas participando do Programa, precisam ser propundamente analisados (BRASIL, 2010d, não paginado).

Os Conselhos pesquisados falham em seu papel de agente fiscalizador da política de saúde, deixando à mercê do governo o direcionamento da Política de Assistência Farmacêutica. Enquanto os Conselhos Municipais discutem a falta de medicamentos e problemas nas estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde, o Governo Federal vai implantando novos decretos e novas portarias, que como é o caso do Programa Farmácia Popular, não casam com a base legal do SUS. A compreensão do controle social como estratégia fundamental para a garantia da implantação do SUS conforme o seu projeto constitucional não está tão claro nos Conselhos. Como órgãos representativos da sociedade, os Conselhos falham ao permitir que cessem o acesso universal, igualitário e integral à Assistência Farmacêutica.

⁴² Foi informado durante a reunião que o Programa Farmácia Popular atende cerca de 1 milhão de pessoas por mês. Disponível em: <http://Conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/10_jun_farmacacia_popular.htm>. Acesso em: 18 jun. 2010.

CONCLUSÃO

A partir da década de 1990 as políticas sociais vêm se apresentando de forma fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, que não valorizam a concepção de seguridade social como a apresentada na Constituição Federal de 1988. O Brasil, assim como os demais países, vem afirmando a hegemonia neoliberal em detrimento dos direitos sociais e trabalhistas. Atualmente os direitos vivem a mercê das turbulências internacionais e paralelamente a isso, vive-se em um mundo cuja mentalidade é de mercado, ou seja, tudo tende a ser reduzido a uma relação de compra e venda, inclusive os direitos sociais.

O mesmo vem acontecendo com a saúde, na qual se encontra articulada ao mercado e pautada na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, restando ao Estado, garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Percebe-se, portanto, uma enorme distância entre a proposta feita pelo Movimento Sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. Aos poucos o SUS vem se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado e de caráter focalizado, para atender às populações vulneráveis através de pacotes básicos para a saúde.

Apesar do SUS garantir o fornecimento gratuito de medicamentos pela farmácia básica através da Assistência Farmacêutica, percebe-se, mesmo com tais avanços, que os serviços não vêm sendo suficientes para atender a demanda da população. Foi diante dessa carência apresentada pelo SUS, que o Governo Federal criou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil para garantir o fornecimento de medicamentos a todos os usuários, mediante ressarcimento dos custos. No entanto, esse Programa acaba por excluir a grande parcela da população brasileira que não possui condições financeiras suficientes para gastar com medicamentos, gerando desigualdade e preconceito aos mais carentes desprovidos de recursos financeiros.

O tema “Farmácia Popular” tem sido alvo de inúmeras críticas por parte daqueles que o vêem como uma prática inconstitucional. Os julgamentos realizados para o fato de ser exigida a cobrança em troca de medicamentos apontam para uma prática ilegal e inconstitucional. Ou seja, medidas como este Programa, no qual permite o co-pagamento de

medicamentos, fere o princípio universalidade e integralidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS.

O problema do acesso aos medicamentos, como também aos serviços de saúde, vem se agravando no Brasil, e acaba repercutindo no agravamento da enfermidade, na qualidade de vida, na incapacidade para o trabalho, e no próprio sofrimento individual e familiar, ao mesmo tempo em que, para o SUS, diminui a efetividade e capacidade do atendimento, exige maior organização dos serviços, assim como o aumento dos gastos. Portanto, por mais que exista a atual legislação da saúde, é fato que ela se encontra falha ao operacionalizar suas determinações devido à falta de gestão racional do SUS. O medicamento está inerentemente ligado à redução das taxas de mortalidade e morbidade. Garantir, portanto, o acesso da população aos serviços de saúde, assim como aos medicamentos, parte fundamental para o tratamento de saúde é imprescindível.

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 garantem o acesso universal, igualitário e integral a Assistência Farmacêutica e em todos os níveis de complexidade, assim como vedam a destinação de qualquer recurso público para subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. Está claro que o sistema de co-pagamento, apresentado pelo Programa não é permitido para Assistência Farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que se verifica o esvaziamento das prateleiras das farmácias básicas do SUS, se observa a abundância medicamentos nas inúmeras unidades da Farmácia Popular, que não coincidentemente, também são fornecidos por laboratórios oficiais. Verifica-se tal afirmação nos Quadros 4, 5 e 12 que apresentam o expressivo crescimento do número de Farmácias Popular em todo o Brasil.

Os estados, portanto, devem além de assegurar que os medicamentos existentes estejam disponíveis como também, têm a obrigação de realizar medidas a fim de assegurar que os novos medicamentos dos quais mais se necessitam sejam produzidos, tornando-os disponíveis à população.

Uma sugestão para viabilizar a democracia na saúde é o controle social, ou seja, a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, visando a construção de uma esfera pública democrática na saúde. No entanto, através da pesquisa realizada e apresentada neste trabalho, verificou-se a não eficácia do controle social em relação a problemática que é o Programa Farmácia Popular. Diante do crescimento do número de Farmácias Popular em todo o Brasil, principalmente no Sistema de co-pagamento, do crescimento do número de ações judiciais para a obtenção de medicamentos, a falta dos

mesmos nas Unidades Básicas de Saúde e da preocupação com o uso incorreto de medicamentos (aspectos averiguados nas atas dos Conselhos de Saúde pesquisados neste trabalho), exigem a participação da sociedade, assim como maiores discussões e problematizações do tema Farmácia Popular e a sua inconstitucionalidade na qual quebra com os princípios estabelecidos pela base legal do SUS: a integralidade e a universalidade.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Amarildo Vando; FERREIRA, Joel. **O Serviço Social na Diretoria de Assistência Farmacêutica: o sujeito de direito e a judicialização do acesso a medicamentos.** 2008. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008. Disponível em: <http://busca.unisul.br/pdf/95520_Amarildo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

ALCÂNTARA, Alex Sander. **Estímulo de risco.** 2008. Disponível em: <<http://www.agencia.fapesp.br/materia/8810/especiais/estimulo-de-risco.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

ALMEIDA, Celia. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **In: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207-220, set./dez. 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Farmácia Popular e Equidade.** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/conteudo/artigos/artigo_conasems.htm>. Acesso em: 27 fev. 2010.

ARRAIS, Paulo Sérgio; COELHO, Helena Lutécia; BATISTA, Maria do Carmo et al. Perfil da automedicação no Brasil. **In: Saúde Pública**, 31 (1), p. 71-77, 1997.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é saúde. **In: 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986, Brasília. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

BARATA, Rita Barradas; CHIEFFI, Ana Luiza. Judicialização da política pública de Assistência Farmacêutica e equidade. **In: Saúde Pública**, v. 25, n. 8, ago. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800020&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 jun. 2010.

BARCELOS, Ricardo Antônio. **O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre: UFRGS, 2005. Dissertação (mestrado profissionalizante). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

BARROS, José Augusto Cabral de. Medicalización y salud. **In: Cuadernos Médico-Sociales**, n. 28, p. 25-31, 1984.

_____. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** 2.ed. São Paulo: Hucitec, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1995.

_____. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **In: Saúde e Sociedade**. vol.11 n.1, São Paulo, Jan./Jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mar. 2010.

_____. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090por.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

_____. **Os fármacos na atualidade:** antigos e novos desafios. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva.ufsc.br/Barros1.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2010.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zeped. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade.** São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Senado Federal. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília: Senado Federal. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2010.

_____. Câmara dos Deputados. **CPI dos Medicamentos.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.ANVISA.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 14 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. – 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%202002.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica. **Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social.** Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 nº 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil:** Manual Básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 102 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica, Insumos e Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS**. Orientações básicas. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao_medicamentosfinal.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2007. 92 p. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios - memórias**.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a. 528 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. 291 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Brasília: CONASS, 2007c.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ministério da Saúde. 2007d. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/revista23.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 56/2007 e pela Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 464 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2010.

_____. Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269>. Acesso em: 07 mar. 2010a.

_____. Programa Mais Saúde. Direito de todos. **Metas para 2008-2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_diretrizes.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Programa Farmácia Popular é tema da 46ª Reunião Extraordinária do CNS**. 2010d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/10_jun_farmacia_popular.htm>. Acesso em: 21 jun. 2010.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de tutela antecipada**. Brasília, jun. 2010e. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioAtualProcesso.asp?numDj=72&dataPublicacaoDj=26/04/2010&incidente=2681984&codCapitulo=6&numMateria=55&codMateria=7>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. **In: Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPEXT-NAPE, 2001. p. 21-28

_____. Gestão Democrática na saúde: o potencial dos conselhos. **In: Política Social e Democracia**. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs.). São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001a.

_____. A política de saúde no Brasil. **In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2007.

_____; MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o projeto ético político do Serviço Social. **In: Serviço Social e Saúde**. BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria (Orgs.). 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 25-47.

BRISTOL-MYERS SQUIBB. **Hepatite B atinge 400 milhões de pessoas ao redor do mundo**. 2004. Disponível em: <http://www.bristol.com.br/suasaude_hepatiteb.aspx>. Acesso em: 14 jun. 2010.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 12 maio 2010.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **In: Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

_____. Farmácia Popular sim, pagamento por remédios não. **In: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 173-175, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n67.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010.

_____. **Universalidade limitada ou integralidade reguladas?** [200-]. Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Santa Catarina. Disponível em: <www.gices-sc.org/UNIVERSALIDADEILIMITADA.doc>. Acesso em: 17 mar. 2010.

_____. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **In: Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez. 2008.

CEBES. Centro brasileiro de estudos em saúde. **A desconstrução do SUS alimenta a corrupção no DF**. Março, 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/texto_desconstrucao_do_sus.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2010.

COELHO, Clari Castilho. **Acesso, qualidade e humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social**. 2003. Florianópolis, UFSC, Mimeo. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fconferencia%2Fdocs%2Ftexto_reflexao.doc&ei=ERo7TIuHKYyTuAfW4qm4DQ&usg=AFQjCNFeQyMhb2DRF0dRib2scfAnF_WEAw>. Acesso em: 12 jun. 2010.

COHN, Amélia; ELIAS Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. **In: Serviço Social e saúde**. MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs.). 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. **In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

DIÁRIO DO COMÉRCIO. O escândalo da CEME. **Museu da corrupção**, 11 set. 2009. Disponível em: <<http://www.dcomercio.com.br/muco/Materia.aspx?id=20268>>. Acesso em: 17 mar. 2010.

FOLHA ONLINE. Entenda a Operação Vampiro. **Folha Online**, 25 ago. 1999. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u81977.shtml>>. Acesso em: 17 mar. 2010.

FLEURY, Sônia. Por uma sociedade sem excluídos (as). **In: Observatório da cidadania**, 2007. Disponível em: <<http://www.ibase.br/userimages/sociedade.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2010.

GADELHA, O complexo industrial da saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. **In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004, p. 275-301.

GANDINI, João Agnaldo Donizete; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências**. 2007. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/Uploads/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2010.

GOMES, Fabiano Maranhão Rodrigues. **A responsabilidade do Estado no direito à saúde.** Jacarezinho, PR, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas). Universidade Estadual do Paraná, UNESPAR.

GOMES, Carlos Alberto Pereira. A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. **In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos.** A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos, 2004. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 13 de fev de 2006.

HENNEKENS, Charles; BURING, Julie. **Epidemiology in Medicine.** Boston: Little Brown and Company, 1987, p. 73-93.

HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. Acesso ao medicamento como um direito humano. **In: Sur-internacional de direitos humanos**, vol.5, n.8, São Paulo, June, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006>. Acesso em: 12 jun. 2010.

IVANNISSEVICH, A. Os perigos da automedicação. **In: Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 23, jan., 1994

JATENE, Adib Domingos; PINA, Fábio Augusto Luiz; CARAVANTE JÚNIOR, Francisco de Paula Garcia et al. **Manual médico: medicamentos genéricos.** São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

JESUS, Paula Renata Camargo de. **Propaganda de medicamentos: pra você ficar legal.** 2007. Disponível em: <http://www.cit.sc.gov.br/propaganda/pdfs/artigos/propaganda_pra_%20ficar_legal.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

JUNGES, Fernanda. **Levantamento do processo de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil.** Monografia Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Especialista em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica. 2006

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 269-291, 2001.

MARIN, Nelly. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** MARIN, Nelly (Org.). Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MEDICALIZAÇÃO. **Rotular e excluir.** Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 6 out. 2009. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/crp/midia/jornal_crp/155/frames/fr_medicalizacao.aspx>. Acesso em: 15 jun. 2010.

MÉDICI, André Cezar; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de. **A Política de Medicamentos no Brasil.** Documento de política nº 9. Brasília, Ipea, 1992.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. **In: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, set./dez. 2003.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF/SC quer proibir cobrança de remédios nas farmácias populares**. Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_direitos-do-cidadao/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-farmacias-populares-1>. Acesso em: 12 jun. 2010.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2007.

_____. **O Projeto Neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”**. 2001. Disponível em:

<http://www.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf>. Acesso em: 28 abril 2010.

MOYNIHAN, Ray; WASMES, Alain. **Os vendedores de doenças**. 2006. Disponível em: <http://www.leindependant.org/showPost.php?post_id=126>. Acesso em: 15 jun. 2010.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Medicamentos, comunicação e cultura. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10 (sup), p. 179-193, 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **In: Serviço Social e Saúde**. Ana Elizabete Mota et al. (orgs.). – 2.ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Os direitos sociais como causas cívicas. **In: Saúde e sociedade**. v. 11, n.01, São Paulo, jan./jun. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100004>. Acesso em: 11 abril 2010.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Carvalho. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **In: Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 445-450, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7014.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2010.

OMS. Apresentação. **In: Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Medicamentos. 2000.**

Disponível em: <http://www.who.int/director-general/speeches/2000/arabic_russian_chinese_portuguese/20000404_brasilia.pt.html>.

Acesso em: 12 jun. 2010.

PAULO, Luiz Gonçalves; ZANINI, Antonio Carlos. Automedicação no Brasil. **In: Associação Médica Brasileira**, 34, p. 69-75, 1988.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Tese (doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma do Estado para a Cidadania. A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: 34, 1998.

PEREIRA, Julia Lafayette; VELHO, Rafael Rott de Campos; SALDANHA, Jânia Maria Lopes. **A efetividade dos direitos humanos de terceira geração:** a análise de um caso

venezuelano. Revista eletrônica do Curso de Direito da UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 3, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistadireito/arquivos/v2n3/a21.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001.

RÊGO, Elba Cristina. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: A experiência internacional. **In: Revista do BNDES**, v. 7, nº 14, p. 367-400, 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano estadual de saúde**. LACERSA, Josimari Telino, ORTIGA, Ângela Maria Blatt (Orgs.). Florianópolis: IOESC, 2007e. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_estadual_de_saude/PES_2006_Versao_Final.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

_____. Secretaria do Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 206. CIB-2009**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/delibera%E7%F5es/deliberacoes2009/DELIBERACAO%20206-CIB-10-12-09.doc>. Acesso em: 11 jun. 2010.

_____. Secretaria do Estado de Santa Catarina. Programa Catarinense de Inclusão Social. **Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde**. Maio, 2010. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3171&Itemid=8>. Acesso em: 11 jun. 2010.

SANT'ANA, Paulo José Péret de; ASSAD, Ana Lúcia Delgado. **Programa de Pesquisa em Produtos Naturais: A Experiência da CEME**. Química Nova, vol.27 nº 3, São Paulo Maio/Junho, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-40422004000300025&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 mai 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações**. 2ª versão. Março, 2008. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/_downloads/_conselho/ArtigosDocumentos/EncruzilhadaCaminhosSUS.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

_____. SUS: uma virada em 2010? **In: Rev. Bioethikós**, v.3, n. 2, Jul/Set/2009. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/SUSUmaviradaem2010.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

SCHENKEL Assistência Farmacêutica. **In: Brasil. Ministério da Saúde**. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília, 2004, p. 199-217.

SEGALLO, Cristiane. Os médicos ganham presentes. Você paga a conta. **In: Época**, 2009. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI26675-15230,00-OS+MEDICOS+GANHAM+PRESENTES+VOCE+PAGA+A+CONTA.html>>. Acesso em 11 nov. 2009.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. **In: Cadernos FUNDAP**. São Paulo, ano 3, n. 6, jul. 1983; p. 27-50. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad06/Fundap%2006/O%20PERFIL%20MEDICO-ASSISTENCIAL%20PRIVATISTA%20E%20SUAS%20CONTRADICOES%20.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

SILVA, Wellington Barros da. **A emergência da atenção farmacêutica: um Olhar epistemológico e contribuições para o Seu ensino**. Tese submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em educação científica e tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, Laura Tavares. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Federal. **In: Governo Lula - decifrando o enigma**. SOARES, Laura Tavares; SADER, Emir; GENTILI, Rafael; BENJAMIN, César (Orgs). São Paulo: Viramundo, 2004.

TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

VASCONCELOS, Wagner; LOPES, Claudia Rabelo. Quando o remédio pode virar veneno. **In: Revista Radis - Comunicação em Saúde**, n. 43, mar. 2006. Disponível em: <http://www.enp.fiocruz.br/radis/43/pdf/radis_43.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2010.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. **Gratuidade no SUS: Controvérsia em Torno do Co-Pagamento**. Brasília, setembro de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Gratuidade.pdf>. Acesso em 01 jun. 2010.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **In: Saúde Pública**, 43 (4), p. 674-681, 2009.

VIDAL, José Walter Bautista. **Indústria farmacêutica: tecnologia, patentes e autonomia nacional**. 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_7.pdf>. Acesso em 21 jun. 2010.

WANNMACHER, Lenita. Medicamentos essenciais: vantagens de com este contexto. **In: Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. v. 3, n. 2, Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.