



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

A MACROPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A  
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

DIANA GRAZIELE DOS SANTOS

São Cristóvão - SE  
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

A MACROPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A  
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

DIANA GRAZIELE DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Núcleo de  
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da  
Universidade Federal de Sergipe como  
requisito parcial à obtenção do grau de Mestre  
em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

São Cristóvão - SE  
2015

Santos, Diana Grazielle dos. A macropolítica da assistência farmacêutica e a programação de ações e serviços do sistema único de saúde (SUS). 2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S237m

Santos, Diana Graziele dos

A macropolítica da assistência farmacêutica e a programação de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) / Diana Graziele dos Santos ; orientador Wellington Barros da Silva. – São Cristóvão, SE, 2015.

91 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Sergipe, 2015.

1. Serviços farmacêuticos. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil).  
3. Política de saúde. I. Silva, Wellington Barros da, orient. II.  
Título.

CDU 615.1:614.39

DIANA GRAZIELE DOS SANTOS

A MACROPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A  
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Dissertação apresentada ao Núcleo de  
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da  
Universidade Federal de Sergipe como  
requisito parcial à obtenção do grau de Mestre  
em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador: Prof. Dr. Wellington Barros da Silva

---

1º Examinador: Prof. Dra. Graziela Heberlé

---

2º Examinador: Prof. Dra. Tânia Alves Amador

PARECER

---

---

---

---

---

## Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu grande mestre e tio Luiz Carlos Santos que apesar de nos deixar em vida, encontra-se sempre presente em sua essência nas nossas memórias.

## Agradecimentos

Não há forma melhor para iniciar do que celebrando a vida.

Celebrar a vida é sinônimo de agradecer em primeiro lugar aos meus maiores exemplos, meus queridos pais José Wellington dos Santos e Gisélia Maria Santos, força motriz das minhas andanças pela vida, que independente das minhas escolhas fornecem apoio e encorajamento, com a doçura no olhar.

Agradeço também aos meus irmãos, tias e primas que sempre torceram pelo meu sucesso e se orgulham a cada passo trilhado por mim.

Não poderia deixar de agradecer também ao meu grande companheiro e amor, Igor Cerqueira, que como um anjo protetor aconteceu na minha vida para acompanhar todos os meus passos, me inspirando e estimulando a cada dia.

Aos meus grandes amigos, Rafael e Geovanna pelo apoio, mentalizações e palavras de positividade. E a todos os companheiros do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde que estiveram presentes no meu dia-a-dia e contribuíram de forma direta ou indireta nesse processo de construção.

Agradeço ao professor Dr. Wellington Barros da Silva pelo apoio em todos os momentos, especialmente nos muitos movimentos de mudanças e adaptações que sofri nessa trajetória. Que para além de um orientador, foi um bom amigo sempre compreensivo e sereno.

Por fim, à CAPES pelo apoio financeiro e à Universidade Federal de Sergipe.

“Todo conhecer é um fazer”  
(COIMBRA, 1995)

## RESUMO

### SANTOS, D.G. A MACROPOLÍTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Sergipe. 2015.

A partir da macropolítica da Assistência Farmacêutica, pode-se observar grandes avanços na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, o desafio para a gestão federal em saúde ainda se configura na construção de políticas que garantam a inserção das ações e serviços farmacêuticos no contexto geral das ações do SUS, alterando o padrão hegemônico de gestão e da produção de práticas de saúde na perspectiva de construir uma rede de serviços mais integral. Provocar mudanças nesse contexto passa pelo entendimento da Assistência Farmacêutica no espaço de construção da reforma sanitária brasileira, e da sua inserção no contexto do planejamento e programação de ações e serviços do SUS. Nesse sentido, este trabalho localiza-se no campo da gestão federal de saúde e tem como objetivo estudar, no espaço da macropolítica, o processo de construção da perspectiva da Assistência Farmacêutica incorporada no arcabouço da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), por meio de uma abordagem teórico-metodológica, baseada nos estudos de Foucault e no materialismo histórico dialético, tendo como categorias de análise: a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS); a consolidação das farmácias como estabelecimentos de saúde; e a programação da Assistência Farmacêutica integrada à programação geral do SUS. Este estudo teve como foco uma revisão bibliográfica e a vivência da pesquisadora na gestão federal de saúde, trazendo à luz uma reflexão teórica sobre as práticas vivenciadas, documentos institucionais e textos produzidos.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica, Política

## **ABSTRACT**

**SANTOS, D.G. THE MACROPOLICY OF PHARMACEUTICAL SERVICES AND THE HEALTH SERVICES PROGRAMING OF BRAZILIAN HEALTH SYSTEM.** Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Sergipe. 2015.

From the macro-politics of Pharmaceutical Services, can be seen major advances in the construction of Brazilian Health System (SUS). Despite, the challenge to the federal management of health is the building of policies that ensure the inclusion of shares and pharmaceutical services in the general context of health in the SUS by changing the hegemonic standard of management and production practices of health from the perspective of building a network of more integral services. The changes in this context require an understanding of the pharmaceutical services in the space of brasilian health reform and your relationship with the planning and programing of the health. This work is located in the field of federal management of health and aims to study, within the space of macro-politics, the construction process from pharmaceutical services incorporated into the framework of the General Programming of Actions and Health Services (PGASS), through the theoretical references of the Foucault and also historical and dialectical materialism, which the analysis categories: the pharmaceutical services in Health Care Networks ( RAS ); the consolidation of pharmacies like health facilities; and the pharmaceutical services integrated to the general programming of the health. This study focused a literature review and the experience of the researcher in the federal health management, bringing to light a theoretical reflection on the experienced practices, Institutional documents and texts produced.

**Keywords:** Health Management, Pharmaceutical Services, Politics

## SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
ÍNDICE DE QUADROS .....	13
LISTA DE SIGLAS .....	14
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	21
1.1 OBJETIVO.....	25
1.2 DELIMITANDO O OBJETO E O RECORTE DE ANÁLISE DO PROBLEMA DA PESQUISA .....	26
1.2.1 DELIMITAÇÃO DA UNIDADE – CASO .....	27
1.2.2 ATORES.....	30
1.2.3 PROCESSOS ENVOLVIDOS E CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
<b>CAPÍTULO I</b> .....	35
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	35
1.1 O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL.....	35
1.2 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS.....	38
1.3 A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE...42	
REFERÊNCIAS.....	46
<b>CAPÍTULO II</b> .....	51
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS POLÍTICAS.....	51
REFERÊNCIAS.....	57
<b>CAPÍTULO III</b> .....	61
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRADA À PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SUS.....	61
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	72
O MOVIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DO CNES E A CONSOLIDAÇÃO DA FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE .....	76
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

### APRESENTAÇÃO

Figura 1	Estrutura do trabalho de dissertação.....	19
----------	---	----

### INTRODUÇÃO

Figura 2	Organograma do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).....	28
----------	---	----

### CAPÍTULO III

Figura 3	Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	45
Figura 4	Estrutura organizacional do Ministério da Saúde.....	68
Figura 5	Triângulo de Foucault.....	71
Figura 6	Exemplo do processo de modelagem de uma rede temática.....	75
Figura 7	Tela de consulta do Tipo de Estabelecimento no SCNES.....	80
Figura 8	Tela de consulta do Serviço de Farmácia no SCNES.....	81

## ÍNDICE DE QUADROS

### CAPÍTULO III

Quadro 1	Opção de cadastramento para tipo e subtipo de estabelecimento “Farmácia” no SCNES.....	79
Quadro 2	Opção de cadastramento de serviço especializado e classificação do serviço para farmácia no SCNES.....	79
Quadro 3	Opção de cadastramento de farmácia como serviço de apoio em instalações físicas para assistência no SCNES.....	80

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEME - Central de Medicamentos

CGAFME – Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos

CGPAS - Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações em Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PGASS – Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNS – Política Nacional de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RESME – Relação Estadual de Medicamentos

REMUNE – Relação Municipal de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RMB – Relação de Medicamentos Básicos

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SIS - Sistema de Informação em Saúde

UFS – Universidade Federal de Sergipe

URM – Uso Racional de Medicamentos

# APRESENTAÇÃO

## APRESENTAÇÃO

Apresento nesse espaço a estrutura de construção desse trabalho de dissertação, que debruçado nos moldes da análise reflexiva baseou-se em um estudo de caso de experiências vivenciadas pela pesquisadora.

A motivação e direcionamento desse trabalho se deram a partir da minha iniciação como assessora técnica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), ainda enquanto mestranda em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Sergipe (UFS). A iniciação da minha experiência no trabalho da gestão federal em saúde se deu diretamente com meu envolvimento no projeto de incorporação da Assistência Farmacêutica na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), entendida como uma nova perspectiva para a programação da saúde no SUS.

Refletir a Assistência Farmacêutica como um todo nesse novo processo de organização, como parte integrante das ações de saúde, representa um avanço e tem importância para a busca e o alcance da integralidade da assistência à saúde. A prática da integralidade na Assistência Farmacêutica nos afastará da lógica do foco no produto e, com isso, garantiremos a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos. Ou seja, a eficácia na gestão da Assistência Farmacêutica sugere não só a disponibilidade financeira de medicamentos, mas também a organização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006).

Visando a inserção da programação de medicamentos e serviços farmacêuticos na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2012 o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, iniciou os trabalhos de proposição metodológica da Assistência Farmacêutica no âmbito da PGASS, sendo inserido no primeiro documento de 'Diretrizes e Proposições Metodológicas para Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde', desenvolvido pela Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde (CGPAS) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de

Sistemas (DRAC) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em julho de 2012. O documento de diretrizes foi aprovado em um processo de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), contando com a contribuição e representação da gestão estadual de São Paulo e Goiás. Após essa fase, constituiu-se um grupo de trabalho incorporando as coordenações do DAF/SCTIE para a continuidade dos trabalhos de elaboração da proposta de incorporação da Assistência Farmacêutica na PGASS na lógica das RAS, ao qual me inseri.

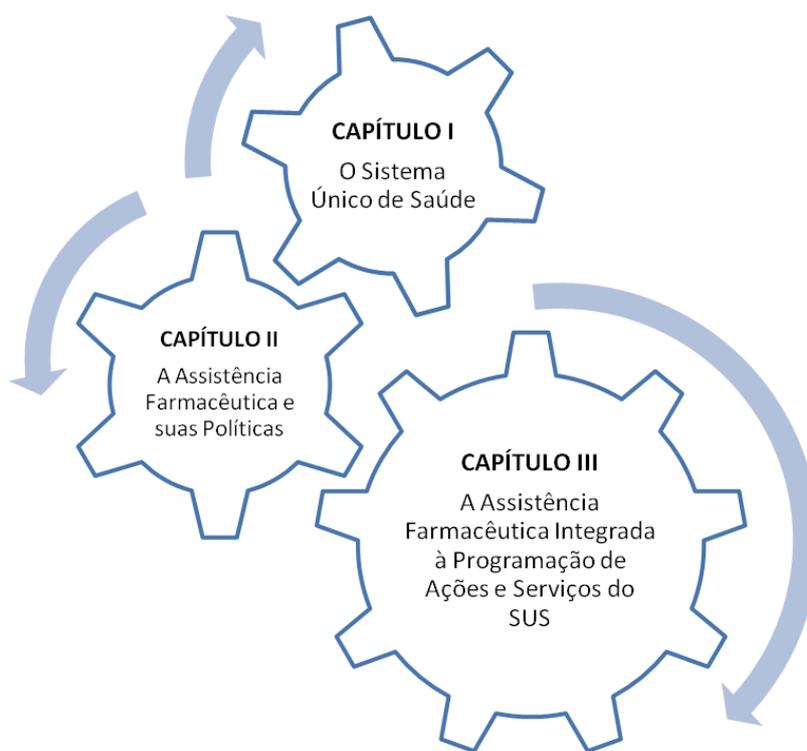
Inicialmente, a Assistência Farmacêutica no âmbito da PGASS tinha como prioridade a programação de ações e serviços, incluindo medicamentos e insumos que compõem as RAS, considerando como orientadoras da programação a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) no que se refere aos medicamentos, e Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) para as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Além disso, foram definidos para programação, os serviços farmacêuticos de: Gestão da Assistência Farmacêutica; Seleção e programação de medicamentos; Aquisição de medicamentos; Dispensação de medicamentos; Orientações Farmacêuticas para o URM; Seguimento Farmacoterapêutico; Educação em Saúde; Farmacovigilância e; Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM) (BRASIL, 2012).

No entanto, essa definição inicial da Assistência Farmacêutica na metodologia da PGASS passa por um processo de constante movimento, reavaliação e rediscussão em todos os seus aspectos, desde o escopo dos serviços até a utilização dos instrumentos orientadores.

Este estudo mostra-se como um dispositivo de análise que reafirma o ato político que uma pesquisa tem. Nessa lógica, esse trabalho rompe com os métodos tradicionais de pesquisa e enquanto estudo com foco na análise da realidade política, propõe uma avaliação de ordem reflexiva.

A fim de refletir a gestão em saúde, este estudo analisa a macropolítica da Assistência Farmacêutica no âmbito da gestão federal, avaliando o contexto da construção de uma política que garanta a inserção das ações e serviços farmacêuticos no rol das ações de saúde a serem programadas no SUS, com a perspectiva de construir uma rede de serviços mais integral.

Nesse contexto, esse trabalho se divide em três capítulos que se interligam numa relação recíproca: o primeiro traz o entendimento do SUS, enquanto política social, seu processo de regionalização e a fragmentação dos serviços e o papel das RAS; o segundo capítulo, objetivou debruçar-se sobre as políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil e; e por fim o terceiro traz uma análise reflexiva sobre a inserção da Assistência Farmacêutica no contexto da PGASS (Figura 1).



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 1: Estrutura do trabalho de dissertação.

# INTRODUÇÃO

# 1. INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica, enquanto política de saúde, vem se consolidando no Brasil como um direito social de promoção e garantia do acesso e uso racional de medicamentos (BRASIL, 2007).

O acesso a medicamentos essenciais é considerado um dos indicadores de avanço da garantia do direito à saúde em todo o mundo. Visando a acessibilidade a medicamentos para a efetivação da assistência à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1975, vem estabelecendo meios para auxiliar os países a formularem suas políticas farmacêuticas nacionais (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014).

No Brasil, as políticas farmacêuticas tiveram seu início com as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica em 1998 e 2004, respectivamente. Enquanto partes integrantes da Política Nacional de Saúde, as políticas farmacêuticas representam *“elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população”*, por envolverem ações com o intuito de garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), ao almejar a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

Os eixos estratégicos dessas políticas envolvem desde a implantação, manutenção e qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, passando pelo estabelecimento e atualização da relação de medicamentos essenciais até a implantação de uma política de vigilância sanitária (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica é um termo utilizado no Brasil, que num sentido mais amplo, representa o papel do medicamento nos sistemas e serviços de saúde. Em outros países, o termo mais utilizado é o de “serviços farmacêuticos”, que apresenta um entendimento limitado no contexto brasileiro (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014). No cenário das políticas farmacêuticas brasileiras, a Assistência Farmacêutica é entendida como

*“...um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. 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, p.1)*

Os recursos financeiros investidos na aquisição de medicamentos no país têm aumentado nos últimos anos. No entanto, a disponibilização de medicamentos ainda é entendida como o resultado dos componentes técnicos e gerenciais do conjunto de ações da Assistência Farmacêutica (VIEIRA, 2013; MENDES, 2014).

Nesse sentido, o grande desafio da Assistência Farmacêutica ainda é o aumento dos investimentos nos serviços farmacêuticos para além dos aspectos técnico-gerenciais. Assim, a Assistência Farmacêutica ainda precisa ser entendida como um conjunto de atividades primordiais para os serviços de saúde e população, de forma que a sua organização apresente todos os componentes interligados, corroborando para uma atenção à saúde mais integral (ALENCAR, 2011).

De acordo com Mattos e Magalhães Jr. *apud* Silva (2011), a integralidade das ações de saúde apresenta três aspectos considerados relevantes: verticalidade, horizontalidade, e intersetorialidade. O primeiro que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, o segundo evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um único contato com o sistema de saúde, pois há necessidade de contatos com diferentes serviços, e o terceiro referente à interação entre as políticas públicas (SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, enquanto integrante da política nacional de saúde, a Assistência Farmacêutica deve ser avaliada quanto a sua relação com as demais políticas de saúde para o entendimento da articulação e integração com os demais serviços do SUS, buscando-se sempre além da intersetorialidade, a integralidade vertical e horizontal.

Tomando como foco desse trabalho o planejamento e gestão em saúde, mas especificamente a programação de ações e serviços, é importante recapitular brevemente como essa se dá no Brasil, e conhecer as novas perspectivas em formulação que serão abordadas nesse estudo.

A política de pactuação da saúde no Brasil originou-se de um processo amplo de reorganização do Estado. E dentre os aspectos dessa reorganização ligados ao SUS, pode-se destacar: “*o processo de descentralização político-administrativa, a criação de instâncias de decisão e pactuação e o estabelecimento da Programação Pactuada Integrada (PPI)*”. Esses processos de descentralização e pactuação são a forma de democratização do poder e das ações em uma nação, que por sua vez apresenta heterogeneidades, tanto territorial, étnica e linguística, quanto socioeconômica, cultural e política, e necessita se organizar como estrutura federativa buscando a estabilidade social (GUERREIRO, 2011).

Conforme citado por Guerreiro (2011), o pacto de gestão do SUS refere-se “*ao compartilhamento de responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, de maneira solidária, entre as esferas de governo, e ao compromisso com o cumprimento de metas e diretrizes, previamente definidas.*” (GUERREIRO, 2011).

Atualmente, a programação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS é regulamentada pela PPI, definida como:

*“...um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivos organizar as redes de serviços dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.”* (BRASIL, 2006)

A partir da regulamentação da Lei 8.080/90, definida no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, e na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, foram

formuladas mudanças importantes no planejamento do SUS, que em consonância com a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, culminou com a reestruturação dos processos de programação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, deu-se vazão a uma série de necessidades de readequação das estratégias de programação definidas na PPI, buscando a efetivação de aspectos como: o planejamento em saúde de maneira regionalizada e na lógica das RAS; a programação baseada na estimativa de necessidades da população, assim como pormenorizada até o nível de estabelecimentos de saúde; a ampliação do escopo das ações e serviços; a ampliação dos instrumentos utilizados para programação; e a definição de parâmetros não limitados pela alocação financeira (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, surgiu a proposta do novo modelo de programação denominado como Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), com o intuito de resgatar os princípios e diretrizes do SUS, para suprir as necessidades e preencher as lacunas deixadas pela PPI, principalmente no reestabelecimento do ideal de regionalização da saúde e na contextualização das RAS.

O Ministério da Saúde define a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) como:

*“...um dos instrumentos do planejamento da saúde, consistindo em um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente presente na região de saúde, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de **Assistência Farmacêutica**. A partir da programação ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação das Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012a) [grifo nosso]*

A relação da programação de ações e serviços do SUS com a Assistência Farmacêutica ainda se mostra tímida, uma vez que a atual PPI não considera, como

uma de suas diretrizes, a inclusão da Assistência Farmacêutica na programação integrada. Com a nova perspectiva de programação, a partir da proposta metodológica da PGASS, a programação da Assistência Farmacêutica será incluída e irá prever “a definição, parametrização e respectiva quantificação, bem como a atribuição de responsabilidades entre os entes federados, quanto à disponibilização e financiamento dos medicamentos, ações e serviços de saúde no âmbito das Regiões de Saúde”, baseando-se nos instrumentos do SUS: a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2012).

Apesar desses avanços no planejamento e gestão da saúde, ainda pode existir uma desarticulação da Assistência Farmacêutica e a assistência à saúde, que culmina na fragmentação dos serviços de saúde e no prejuízo da integralidade do sistema? Essa é a hipótese que este estudo pretende responder.

Nesse contexto, a reflexão da macropolítica da Assistência Farmacêutica é um fator importante para entender o desenvolvimento das políticas de saúde e como se desencadeiam os processos de mudança dessa área.

## **1.1 OBJETIVO**

O objetivo desse trabalho é analisar, no campo da macropolítica da Assistência Farmacêutica, o processo de construção da proposta metodológica para incorporação da Assistência Farmacêutica na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), no contexto da gestão federal de saúde.

## 1.2 DELIMITANDO O OBJETO E O RECORTE DE ANÁLISE DO PROBLEMA DA PESQUISA

*“Vemo-nos como objetos no mundo, mas também como sujeitos que sentem e estudam o mundo. Somos criaturas estranhas olhando para duas direções diferentes ao mesmo tempo.” (Michel Foucault)*

Este trabalho utiliza o referencial de investigação qualitativa centrada num modelo histórico-crítico, pautado no objetivo de analisar no espaço da macropolítica o processo de construção da metodologia de incorporação da Assistência Farmacêutica na PGASS.

Como abordagem teórico-metodológica foi utilizado o materialismo histórico-dialético e a abordagem foucaultiana.

Trata-se de um estudo de caso na qualidade de ensaio reflexivo, que não objetiva mensurar, mas sim, compreender e buscar explicações a valores e significados num meio social, a partir das experiências vivenciadas pela pesquisadora sobre o processo de construção da perspectiva da Assistência Farmacêutica incorporada no arcabouço da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Minayo descreve que os Estudos de Caso utilizam estratégias de investigação qualitativa com a finalidade de

*(...) mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2010, p. 164).*

O delineamento de um estudo de caso pode ser definido por quatro fases: a) delimitação da unidade-caso; b) coleta de dados; c) seleção, análise e interpretação dos dados; d) elaboração do relatório (GIL, 1995).

Baseando-se nesse delineamento, será descrito nesse estudo as etapas de: delimitação da unidade-caso, definição dos atores, processos envolvidos e categorias de análise.

### **1.2.1 DELIMITAÇÃO DA UNIDADE – CASO**

Este trabalho localizou-se no campo da gestão federal de saúde, durante a experiência vivenciada pela pesquisadora enquanto assessora técnica na Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde brasileiro.

O DAF é um departamento do Ministério da Saúde vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que apresenta como principais competências: auxiliar na formulação de políticas, diretrizes e metas necessárias à implementação da Política Nacional de Saúde; formular, implementar e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos; cooperar tecnicamente com estados, municípios e Distrito Federal; coordenar a organização e o desenvolvimento de programas e projetos em âmbito nacional; normatizar, promover e coordenar a organização da Assistência Farmacêutica; programar a aquisição e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde; propor acordos e convênios com os Estados, os Municípios, e o Distrito Federal para a execução descentralizada de programas e projetos; orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos; elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, à aquisição, à distribuição, à dispensação e ao uso de medicamentos no âmbito do SUS e; coordenar a implementação de ações relacionadas

à Assistência Farmacêutica e ao acesso aos medicamentos no âmbito dos Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Dentro da sua estrutura organizacional, o DAF abriga três coordenações de Assistência Farmacêutica: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB); Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CGCEAF) e Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME). O organograma desse departamento pode ser observado na figura 2.



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/469-sctie-raiz/daf-raiz/daf/l1-daf/14769-leia-mais-departamento>

Figura 2: Organograma do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).

As coordenações gerais do DAF apresentam como foco, dentro das ações de Assistência Farmacêutica, a disponibilização de medicamentos para o SUS, sejam eles direcionados à atenção básica, à atenção especializada ou de caráter estratégico para a saúde pública.

A CGAFB apresenta como responsabilidade principal a aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica à Saúde. O financiamento desses medicamentos é de responsabilidade das três esferas de governo, que atribuem um valor estabelecido mínimo para a aquisição dos medicamentos (BRASIL, 2013b).

A CGCEAF é considerada uma estratégia de acesso ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado são definidas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes medicamentos podem ser financiados pelo Ministério da Saúde, através de aquisição centralizada ou repasse de recurso financeiro, ou financiamento sob responsabilidade dos estados, municípios ou Distrito Federal (BRASIL, 2013c).

A CGAFME tem como responsabilidade a aquisição e disponibilização, com recursos federais, de medicamentos de programas estratégicos para a saúde pública, como para o controle da tuberculose, controle da hanseníase, controle do tabagismo, DST/AIDS, endemias focais, sangue e hemoderivados, alimentação e nutrição, influenza e saúde da criança.

O DAF também conta com a Coordenação-Geral de Gestão, que apesar da sua ligação direta à Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN) da SCTIE, desenvolve atividades estratégicas ligadas à Assistência Farmacêutica como o Programa Farmácia Popular do Brasil, caracterizando-se na prática como mais uma coordenação ligada ao DAF.

Além das ações focais de disponibilização de medicamentos, realizadas pelo DAF, outras ações estratégicas relacionadas à sua competência também são desenvolvidas. Ações estratégicas como o desenvolvimento do Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), assim como da inserção da Assistência Farmacêutica na nova perspectiva de Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), são o foco do departamento com vistas ao planejamento, programação, gestão e qualificação da Assistência Farmacêutica no país.

### **1.2.2 ATORES**

Foi criado um grupo de trabalho para proposição e desenvolvimento dos aspectos metodológicos para incorporação da Assistência Farmacêutica na nova perspectiva de programação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

O grupo de trabalho envolvido inicialmente foi composto por vários atores da gestão federal, sendo um representante da CGAFB, um representante da CGCEAF, três representantes da CGAFME e três representantes da Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde (CGPAS) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), estes últimos representantes e propositores do novo modelo de programação das ações e serviços de saúde. Além dos técnicos envolvidos no processo, coordenadores e diretores dos departamentos também participaram e contribuíram com as discussões e com o processo de produção da proposta de incorporação.

### **1.2.3 PROCESSOS ENVOLVIDOS E CATEGORIAS DE ANÁLISE**

Este trabalho tomou como foco uma revisão bibliográfica e a reflexão teórica sobre as práticas vivenciadas, documentos institucionais e textos produzidos.

As categorias de análise avaliadas nesse estudo serão:

- A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde;
- A consolidação das farmácias como estabelecimentos de saúde;
- A programação da Assistência Farmacêutica integrada à programação de ações e serviços do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S. Nascimento, M.A.A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família- encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, 2011;

BRASIL. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1998;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2004;

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, 2007;

BRASIL (a). Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde. Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012;

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012;

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013;

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1554 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013;

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011;

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990;

BRASIL (d). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013;

GIL, A.C. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1995:58;

GUERREIRO, J.V.; BRANCO, M.A.F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p.1689-1698, 2011;

MENDES, L. V.; CAMPOS, M. R.; CHAVES, G. C.; SILVA, R. M.; FREITAS, P. S.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014;

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008;

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. S.; et al. **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014;

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011;

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

# CAPÍTULO I

## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# CAPÍTULO I

## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### 1.1 O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL

*“Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social!  
Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.”*

(Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira, 2011)

A função do Estado na nossa sociedade passou por muitas mutações com o passar do tempo. Destaca-se que essa função é promover o bem estar social, e para o desempenho desta função devem ser adotadas políticas públicas diversas, em áreas como educação, meio ambiente, e inclusive saúde (SEBRAE, 2008).

Entende-se as políticas públicas como resultados de um processo histórico, *“onde se constituiu uma forma específica de exercício do poder político nas sociedades democráticas contemporâneas”*, onde o estado revela-se democrático, quando apresenta-se capaz de responder às demandas da população (DI GIOVANNI, 2008).

De acordo com Peters e Lynn *apud* Souza (2006), a política pública pode ser definida como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Ou seja, a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

O entendimento do significado da política pública foi resumido de forma objetiva pelo sociólogo Di Giovanni (2008), *“São intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes.”*

Isso mostra que as ações, metas e planos traçados pelos governos devem estar de acordo com o interesse público pelas demandas econômicas e/ou sociais da população (DI GIOVANNI, 2008).

Segundo Fleury, dentre as políticas públicas, o conjunto de ações voltadas para o campo da proteção social é identificado como políticas sociais, que compreendem relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas na promoção dos direitos sociais. Fleury também cita os três modelos de proteção social - a assistência social, o seguro social e a seguridade social – resultantes diferentes interpretações dos direitos sociais. Esses modelos variam no tocante à concepção de políticas sociais e suas instituições, e apresentam impactos na construção da própria sociedade (FLEURY, 2008).

Tomando como base o sistema de saúde no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, o art 196 (Cap. II, da Ordem Social) define que

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

Ainda na Constituição Federal, o art. 194 (Cap. II, da Ordem Social) institui o modelo de seguridade social como *“um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”* (BRASIL, 1988).

Dessa forma podemos identificar a política de saúde no Brasil como uma política social classificada no modelo de seguridade, uma vez que é pautada pelo princípio da justiça social, tem caráter universal e fundamenta-se na defesa da ação institucional, de caráter público, garantindo a todos os cidadãos o mínimo necessário socialmente estabelecido.

Definindo a política de saúde enquanto uma política social, esta se constrói buscando atingir objetivos programados para garantir os padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar (FLEURY, 2008).

A intervenção do estado em questões sociais como a saúde é considerada como um investimento governamental visto que a melhoria da qualidade de vida da sociedade influencia positivamente no desenvolvimento humano, social e econômico. Ou seja, *“cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade”* (FLEURY, 2008).

De acordo com Fleury (2008), o conceito mais difundido internacionalmente de política de saúde, leva em consideração as ações legalmente organizadas que objetivam o alcance da melhoria da qualidade de vida da população, que na perspectiva do campo da saúde pode ser traduzida no atendimento das estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando o seu direito integral (VIEGAS, 2013).

Esse direito integral à saúde, enquanto modelo de proteção social, foi inicialmente proposto em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), dando origem a nova perspectiva da saúde, posteriormente fundamentada na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dando surgimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Essa nova perspectiva de saúde veio em consonância com o movimento de reforma sanitária brasileira, que *“nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, e em experiências regionais de organização de serviços”* (AROUCA, 1998).

A reforma sanitária apresentou-se como uma estratégia para além de um movimento setorial, constituindo-se em um movimento político e social que trouxe consigo proposições fundamentais para a idealização do SUS, como: a saúde como direito de todo o cidadão; a garantia do acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo integradas em um único sistema e; a descentralização da gestão, de forma a favorecer o controle social das ações de saúde. No período do processo constituinte, o movimento sanitário brasileiro apresentou duas preocupações que estavam pautadas na forma de organização dos serviços para garantir a noção ampliada de saúde, assim como o modo de financiamento desse sistema. Essas

preocupações se mostraram importantes ao observarmos o desenvolvimento do SUS ao longo dos anos no país (PAIVA, 2014).

De acordo com Paim (2013), avaliando o campo da saúde a partir de uma perspectiva histórico-política, nenhum dos governantes brasileiros incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo depois da Constituição de 1988, o que implicou nos principais obstáculos “*anti-SUS*” e conseqüente impedimento da consolidação do sistema.

Em 2013, Santos identificou as situações reais emergidas em 22 anos de SUS, elencando obstáculos, conseqüências, e conclusões que revelam a real política hegemônica de Estado para a saúde no Brasil, demonstrando que as reformas que potencializariam a Reforma Sanitária não se concretizaram. Entre os obstáculos elencados destacam-se o subfinanciamento federal, a concessão de subvenção com recursos federais aos planos privados de saúde, a rigidez da estrutura administrativa e burocrática do Estado, e a privatização da gestão pública.

Embora o movimento sanitário não tenha atingido o objetivo da reforma almejada, para a transformação das condições de saúde e da sociedade, ainda assim o movimento contribuiu para difundir a conscientização do direito à saúde, na garantia da cidadania e democracia do Estado, ratificando sua bandeira de luta de que “*saúde é democracia, democracia é saúde*” (PAIVA, 2014; PAIM, 2008).

## **1.2 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS**

As ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos obedecendo a princípios como a descentralização político-administrativa que se mostra importante ao avaliarmos o direcionamento do SUS nos últimos anos, em especial quanto à transição da gestão da saúde.

Essa transição se deu da ênfase do estado no período do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando para a ênfase municipal, constituindo o

início do processo de descentralização da saúde, em meados dos anos 80 (UGÁ, 2003).

Na década de 1990, o processo de descentralização do SUS foi iniciado com as Normas Operacionais do SUS. As normas representaram instrumentos de regulamentação, sendo compreendidos como uma “*macroestratégia de organização assistencial*” para o sistema de saúde brasileiro (SOUZA, 2001).

Com o intuito de aperfeiçoamento da gestão da saúde, o processo de descentralização e organização do SUS foi tentado inicialmente com a implementação da Norma Operacional Básica NOB – SUS 01/96, em seguida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS - SUS 01/01 em 2001, que apresentaram entraves na operacionalização, fazendo surgir em 2002 a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS - SUS 01/2002, que: aumentou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu a regionalização para hierarquização dos serviços de saúde e para o estabelecimento da equidade; criou estratégias para o fortalecer a capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios para habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

Essas normas operacionais surgiram ainda no período do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que na prática estabeleceram o município como um “*mero prestador de serviços*”, e com pouca autonomia para melhor organização desses serviços de saúde no território (PASCHE, 2006).

Nesse sentido, a criação da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/91 e a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) representou um retrocesso no processo de descentralização por ser entendido como um movimento de recentralização do sistema de saúde, pela não transferência imediata de recursos intergovernamentais, acarretando em uma centralização de pagamentos na esfera federal, ou a não implantação na prática dos serviços de saúde (UGÁ, 2003; COELHO, 2010).

Outro processo concomitante às normas operacionais do SUS, importante para descentralização da gestão em saúde, configurou-se na criação da comissão intergestores tripartite como espaço democrático dos processos de decisão das políticas setoriais da saúde, incluindo as três esferas de governo (UGÁ, 2003).

O arranjo institucional, que define a forma de funcionamento do SUS, corresponde ao arranjo federativo brasileiro das diferentes instâncias de poder, pelos colegiados participativos (Conselho Nacional, Conselho Estadual e Conselho Municipal), pelos gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais), pelas comissões intergestores (Comissão Tripartite e Comissão bipartite) e pelas representações de gestores (CONASS - Estados, CONASEMS – Municípios e COSEMS – Municípios), que colaboram para o processo de descentralização.

O SUS determina o dever dos três entes federativos atuar para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, considerando a gestão descentralizada e a autonomia das diferentes esferas de governo. A descentralização apresenta transversalidade com os demais princípios do SUS e tem um papel crucial para a estruturação das políticas nacionais de saúde, uma vez que para sua operacionalização apresenta, como ferramenta fundamental, a reorganização dos espaços sociais pela territorialização/regionalização (VIEGAS, 2013; BELTRAMMI, 2008).

O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, destaca o seu papel de radicalização da *“descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos”*, e enfatizando que a territorialização da saúde é a base para a organização dos sistemas e estruturação das regiões sanitárias com seus respectivos colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a relação entre saúde e a territorialização caracteriza-se por um processo social e político que pretende dar ênfase as diversas formas de organização, pactuação entre gestores e análise de priorização de recursos nos distintos níveis de governo. Caracterizando-se como um espaço social, o território ou região possibilita a identificação da realidade diversa para superar e atenuar as desigualdades sociais, incluindo-se as desigualdades na saúde (GADELHA, 2013).

Como marco do processo de descentralização e conseqüente regionalização do SUS, em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a

organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O Decreto definiu que as regiões de saúde devem ser instituídas pelos estados, de forma articulada com os municípios, e traz como definição de regiões de saúde no âmbito do SUS,

*“... o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.”* (BRASIL, 2011a)

As diretrizes gerais, para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, foram estabelecidas a partir da Resolução CIT nº 01, de 29 de setembro de 2011, estabelecendo como objetivos para a organização das regiões de saúde três aspectos fundamentais pautados: na garantia do acesso resolutivo da população às ações e serviços de saúde garantindo um padrão de integralidade; na efetivação do processo de descentralização com compartilhamento de responsabilidade; e na busca pela racionalização e otimização dos recursos (BRASIL, 2011b).

Visando a concretização e efetivação das regiões de saúde para garantia de ações e serviços de maneira descentralizada, a Resolução CIT 01/2011 constituiu a Comissão Intergestores Regional (CIR) como *“foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas às ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde”*, alterando o cenário do arranjo federativo brasileiro, como uma forma de reestruturação da saúde (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, é possível visualizar que a perspectiva territorial e a descentralização estão associadas na concepção do SUS por meio dessa estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde, que deve ser concomitantemente unificada, descentralizada e hierarquizada para atender as necessidades e diversidades do país, objetivando assim a ampliação do acesso aos serviços de saúde de maneira universal e integral, uma maior atenção para as demandas territoriais, a

eficiência na utilização dos recursos e a viabilização da participação social (GADELHA, 2013).

### **1.3 A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são consideradas “*estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência*” (BRASIL, 2010).

Em diferentes países, a fragmentação pode ser o resultado de causas diversas, como: a segmentação institucional do sistema de saúde, a descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; programas verticais que não estão integrados ao sistema de saúde; separação dos serviços públicos de saúde dos serviços de cuidados às pessoas; modelo de atenção centrado na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; fraco papel de direção da autoridade sanitária; e problemas na quantidade, qualidade e distribuição de recursos, entre outros (OPAS, 2010).

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS), descreveu que a fragmentação dos serviços de saúde como resultado da multiplicidade de programas e projetos com abordagem seletiva ou vertical é uma tendência que compromete a resposta dos sistemas de saúde e aceleraram o desenvolvimento de cuidados de saúde comercializados, culminando com a venda desregulamentada de cuidados de saúde. Essa comercialização dos cuidados de saúde tem crescido nos países, desde a África subsariana às economias em mudança da Ásia ou da Europa, que por escolha ou não, fracassaram na regulamentação do setor (WHO, 2008).

A fragmentação pode se manifestar de diferentes formas nos níveis de atenção, como pela ausência de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atendimento, pela duplicação de serviços e infraestrutura, pela capacidade instalada ociosa e de serviços prestados em locais menos apropriados, o que pode ser expresso para a população como falta de acesso aos serviços, perda de continuidade dos cuidados de saúde e falta de coerência dos serviços com as necessidades dos usuários (OPAS, 2010).

Mendes (2010) cita que ao analisar os sistemas de atenção à saúde numa perspectiva internacional, observa-se que estes são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, e conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Na América Latina, de acordo com Conill e Fausto *apud* Silva (2011), a fragmentação dos serviços de saúde é causada pela seletividade para o acesso aos serviços, que ocasiona importantes vazios assistenciais e o risco de descontinuidade do cuidado à população. Já em países como o Brasil, que apresentam a concepção do acesso universal aos serviços a partir do sistema nacional de saúde, existe uma condição mais favorável para a organização de redes integradas de assistência à saúde. Assim, a solução para esses desafios está na reorganização do sistema de saúde, direcionando as ações e serviços na lógica das redes para garantir resultados positivos nos indicadores de saúde da população (SILVA, 2011; BRASIL, 2010).

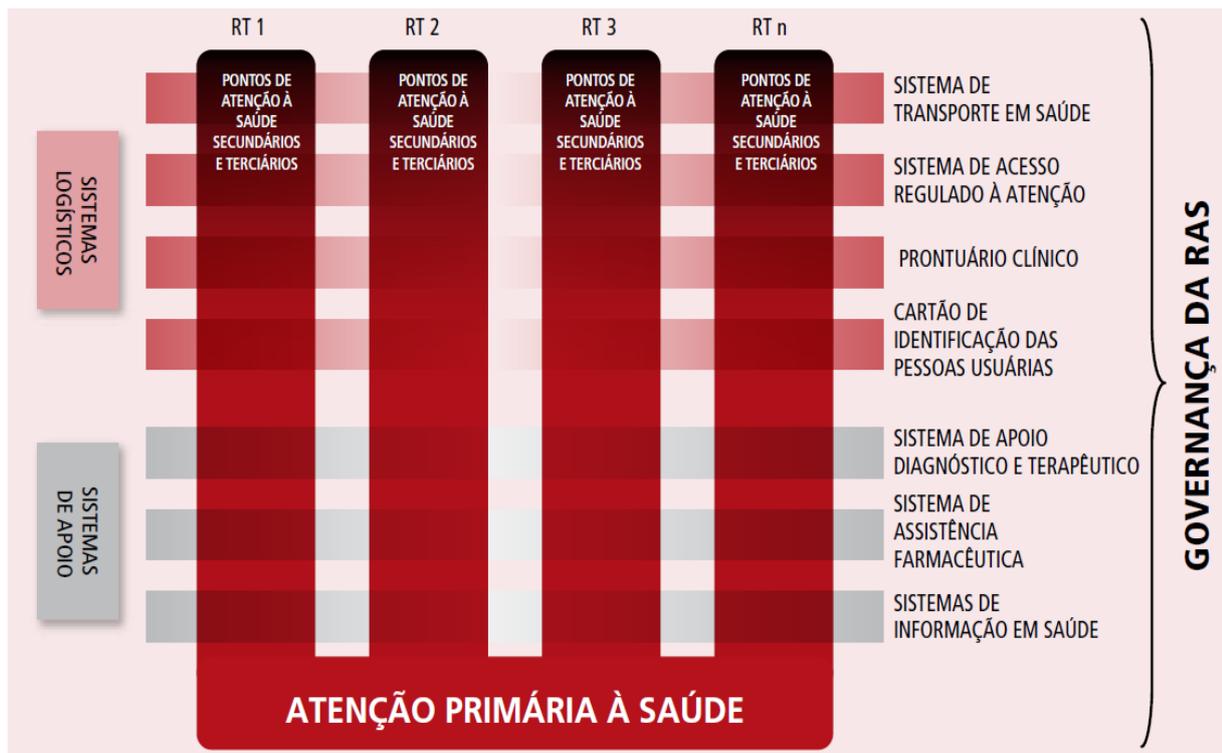
A consolidação do SUS, a partir do estabelecimento do acesso universal, da promoção da descentralização e regionalização, se complementa com a conformação de redes assistenciais capazes de fundamentar e direcionar a reorganização do sistema de saúde. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde conforme estabelecido no Brasil, *“oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos.”* (SILVA, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como:

*“Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”*  
(MENDES, 2010).

Essas organizações têm por objetivo *“promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.”*  
(BRASIL, 2014).

Segundo Mendes (2010), as redes se compõem por três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população como primeiro elemento constitutivo se configura como a razão de ser da rede de atenção à saúde, estando sob a responsabilidade sanitária e econômica de tal, tornando a atenção à saúde como a característica essencial das RAS. Por sua vez, conforme demonstrado na figura 3, a estrutura operacional das redes é composta por cinco componentes: a atenção primária à saúde, considerada o elo de comunicação; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Enquanto que, os chamados modelos de atenção à saúde, terceiro elemento constitutivo, são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.



Fonte: Mendes, 2011, p. 86

Figura 3: Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.

Apesar do avanço dessa concepção de rede regionalizada e integrada, instituída no Brasil como forma de organização para superar a fragmentação dos serviços, a consolidação das redes se apresenta como um desafio, uma vez que ainda existem dificuldades na sua implementação, inclusive pela sua própria característica descentralizada e a conseqüente relação interfederativa na definição de responsabilidades, inclusive de financiamento do SUS (VARGAS, 2014; SILVA, 2011).

## REFERÊNCIAS

BELTRAMMI, D.G.M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista de Administração em Saúde**, v. 10, n. 41, 2008;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006;

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1988;

BRASIL (a). Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011;

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373/GM de 27 de Fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília, 2014;

BRASIL (b). Resolução CIT nº 01, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011;

CARVALHO, S. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013;

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.171-183, 2010;

DI GIOVANNI, G. Políticas públicas e política social. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>>. Acessado em: 27 mai. 2014;

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.23-64, 2008; FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>;

GADELHA, C.A.G.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011;

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010;

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) Washington, 2010;

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008;

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013;

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008;

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014;

PASCHE, D.F.; RIGHI, L.B.; THOMÉ, H.I.; STOLZ, E.D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 20, n. 6, 2006;

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013;

SEBRAE. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte, 2008;

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011;

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006;

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001;

UGÁ, M.A. ; PIOLA, S.F. ; PORTO, S.M. ; VIANNA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003;

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S.; UNGER, J.P.; SILVA, M. R.F.; PAEPE, P.; VÁZQUEZ, M.L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, p.1–13, 2014;

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 1, p. 181-190, 2013;

WHO. World Health Organization. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008  
[http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap1\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_pr.pdf).

## CAPÍTULO II

### **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS POLÍTICAS**

## **CAPÍTULO II**

### **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUAS POLÍTICAS**

As políticas de saúde voltadas para os medicamentos tiveram seu início na década de 1970, quando as ações direcionadas aos medicamentos foram centralizadas em âmbito federal pela Central de Medicamentos (CEME). Em 1971, durante o período de ditadura militar, a CEME foi criada com o discurso de promoção da segurança pública e se apresentou como um símbolo de gestão centralizada da saúde, principalmente em relação à gestão e uso dos medicamentos, cabendo a ela a responsabilidade quanto à aquisição e distribuição dos medicamentos, e a padronização da Relação de Medicamentos Básicos (RMB). A RMB promoveu a organização e a ampliação da Assistência Farmacêutica brasileira, ao garantir o abastecimento de medicamentos essenciais à população (COSENDEY 2000; OLIVEIRA et al., 2006; DE PAULA, 2009; PORTELA, 2010).

Anos após foi estabelecida pela Portaria nº 233 de 8 de julho de 1975, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que se constituiu como uma ferramenta para garantir o provimento de medicamentos indispensáveis para a população. A instituição desta relação foi um meio importante para orientar a padronização da prescrição e do fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS (PORTELA, 2010; BRASIL, 2001).

A RENAME, desde sua criação, é composta por medicamentos denominados medicamentos essenciais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos essenciais devem satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da população, apresentar segurança, eficácia e qualidade, e devem ser prescritos e utilizados de forma racional (WHO, 2004).

Desde seu surgimento, na época da CEME até os dias atuais, a padronização de medicamentos definida pela RENAME se caracteriza como uma estratégia importante para as políticas relacionadas à Assistência Farmacêutica, por auxiliar a organização das listas estaduais (RESME), municipais (REMUME), e regionais de medicamentos, e dessa forma orientar as atividades clínicas e gerenciais em determinado território político-social, visando racionalizar a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos (PORTELA, 2010; MAGARINOS-TORRES, 2013).

Em 1997, a CEME foi extinta gerando ações desarticuladas em nível federal, uma vez que esse encerramento ocasionou uma interrupção do fornecimento de medicamentos essenciais, por ausência de planejamento para processo de descentralização tanto do ponto de vista do financiamento e da gestão da Assistência Farmacêutica. Por este motivo, mostrou-se a necessidade do setor saúde dispor de uma política explícita relacionada à questão dos medicamentos (BRASIL, 2001; DE PAULA, 2009).

Além desses fatores, a organização da gestão de medicamentos com ênfase na saúde pública, baseada em princípios e diretrizes do SUS mostrou-se imprescindível e prioritária. Esses princípios e diretrizes, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que regulamentou o SUS, estabeleceram a organização das ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais quanto à gestão, competência e atribuições, incluindo no seu campo de atuação a assistência terapêutica integral, contemplando a Assistência farmacêutica (BRASIL, 1990; PORTELA, 2010).

Assim, surgiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria GM nº 3.916/98, como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), que trouxe ao cenário nacional um elemento central para a implementação concreta de ações e serviços que fossem capazes de produzir a melhoria da assistência à saúde no país. A instituição da PNM, como primeira política regulamentada da área no país, oportunizou um modelo de gestão descentralizada, que teve como propósito a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promovendo o seu acesso e uso racional (OLIVEIRA, 2007; DE PAULA, 2009; BRASIL, 2001).

A PNM tem como diretrizes: a adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME); a regulamentação sanitária de medicamentos; a reorientação da Assistência Farmacêutica para além da aquisição e distribuição de medicamentos e voltada à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais; a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM); o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos por meio da regulamentação sanitária; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Segundo Oliveira (2010), *“a atual conformação legal do componente Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS é decorrente da construção histórica da PNM do país e de sucessivas tentativas de incrementar o acesso da população aos medicamentos necessários para a sua terapêutica”*.

Como resultado dessa construção da PNM, a partir da necessidade da efetivação de uma de suas diretrizes, para uma regulamentação sanitária, se constituiu na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em 1999 através da Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA é caracterizada como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como finalidade institucional:

*“(...) promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.”* (BRASIL, 1999)

Além da criação da ANVISA, outra ação que corroborou para a efetivação da PNM, foi instituição da *“Lei dos Genéricos”*, Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que regulamentou os medicamentos genéricos, com o objetivo de facilitar o acesso da população aos medicamentos devido à redução de preços, e a garantia da qualidade e segurança necessárias, possibilitando seu intercâmbio com o medicamento de referência (BRASIL, 1999).

Em junho de 2003, pode-se destacar a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e em conjunto o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. A criação do DAF foi o início da institucionalização da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde, tendo a atribuição de formular e implementar a PNM. A partir da sua criação, o DAF tem desenvolvido várias ações direcionadas a consolidação desta política (PORTELA, 2010).

Além da PNM, outra política de destaque no contexto da Assistência Farmacêutica na saúde pública brasileira, é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada em 6 de maio de 2004, pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Essa política é parte integrante da Política Nacional de Saúde, e é compreendida como uma política pública que orienta a criação de políticas da área que garantam a relação intersetorial intrínseca ao sistema de saúde do país. A PNAF envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, engloba diversos eixos estratégicos, dando destaque à garantia de acesso e equidade das ações de Assistência Farmacêutica, a descentralização das ações, a intersectorialidade, e a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2004a).

A resolução da PNAF define o conceito da Assistência Farmacêutica como *“um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.”* Além disso, define a Atenção Farmacêutica como uma das ações da Assistência Farmacêutica com importância destacada para garantir a integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, foi instituído o programa Farmácia Popular do Brasil, através do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, visando à ampliação do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais à saúde a um baixo custo. A disponibilização desses medicamentos essenciais, desde então é realizada nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autorizou a Fundação Oswaldo Cruz -

Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

Outra política importante para o desenvolvimento e aprimoramento das ações de Assistência Farmacêutica no Brasil, foi a instituição da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Essa lei estabeleceu os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas como instrumentos norteadores para a assistência à saúde, que definem critérios para diagnóstico, tratamento com medicamentos e demais produtos apropriados, mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação de resultados terapêuticos. Além disso, atribuiu ao Ministério da Saúde com o assessoramento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a responsabilidade de avaliar as incorporações, as exclusões e as alterações de tecnologias no SUS (BRASIL, 2011).

Como estratégia de apoio e qualificação das ações da Assistência Farmacêutica no SUS, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria 1.214 de 14 de junho de 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS). O QUALIFAR-SUS é considerado uma política capaz de viabilizar o aprimoramento dos serviços farmacêuticos no contexto mais ampliado dos serviços de saúde, por promover estruturação, contribuir para a ampliação do acesso e uso racional, estimular o desenvolvimento de normativas, promover a educação permanente e acompanhar indicadores da Assistência Farmacêutica, a partir dos seus quatro eixos: estrutura, educação, informação e cuidado (BRASIL, 2012; TAVARES, 2014).

A incorporação da Assistência Farmacêutica no SUS, a partir dos principais marcos legais, mostra a importância dessa política na atenção à saúde (VIEIRA, 2010), e refleti-la dentro do contexto das políticas públicas de saúde e reconhecendo-a nessa perspectiva é uma prioridade, conforme cita o Ministério da Saúde:

*“Contar com uma política de Assistência Farmacêutica é uma prioridade em saúde pública. A compreensão do processo de construção, implementação, suas interações e relações,*

*necessidade de avaliação são de fundamental importância para o entendimento da Assistência Farmacêutica no contexto das políticas nas quais ela está inserida: Política Nacional de Saúde, Política nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica entre outras normas pertinentes. A perspectiva é a da integralidade, cuja efetivação envolve o estabelecimento de estratégias, parcerias e interface com outras políticas setoriais, bem como participação de diferentes atores e segmentos envolvidos.” (BRASIL, 2006)*

Apesar do avanço das políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil nos últimos anos, que vai desde a criação da CEME, PNM e PNAF até ações e programas específicos como o QUALIFAR –SUS, ainda existem lacunas a serem preenchidas com a finalidade de garantir efetivação dessas políticas.

A Assistência Farmacêutica é considerada parte integrante dos serviços de saúde do SUS, permeando diversas áreas e contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população. No entanto, ainda é necessário avançar em prol da integração das ações da Assistência Farmacêutica na lógica das RAS, priorizando o foco da sua atuação na relação com o usuário e não somente centrado no medicamento, a fim de ser efetivada sob a ótica assistência terapêutica integral nos serviços de saúde (BRASIL, 2006; TAVARES, 2014).

## REFERÊNCIAS

BRASIL (a). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2004;

BRASIL (b). Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2004;

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, 2006;

BRASIL (c). Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 14 abr 2004;

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990;

BRASIL. Lei nº 9 782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001;

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011;

COSENDEY, M.A.E; BERMUDEZ, J.A.Z; REIS, A.L.A; SILVA, H.F.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-82, 2000;

DE PAULA, P.A.B.; ALVES, T.N.P.; VIEIRA, R.C.P.A.; SOUZA, A.I.S. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009;

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V.L.E.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 188-96, 2013;

OLIVEIRA, E.A., LABRA, M.E., BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2379-89, 2006;

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

PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R.P.B.2; SIMÕES, M.O.S.1; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada.**, v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010;

TAVARES, N.; PINHEIRO, R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2014;

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n.2, p. 149–56, 2010;

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Medicines Strategy- countries the core: 2004-2007. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acessado em: 27 mai. 2014.

## CAPÍTULO III

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRADA NA  
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SUS**

## CAPÍTULO III

### A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRADA À PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SUS

O início do processo de construção de uma proposta metodológica para inserção da Assistência Farmacêutica na programação geral de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS não poderia se dar de maneira suave, visto que todo o processo trouxe consigo uma série de aspectos complexos da própria dinâmica de construção da Assistência Farmacêutica no Brasil. No entanto, essa construção em movimento, muitas vezes dicotômica, não apresentou-se simplesmente como forças opostas que impossibilitaram a construção no processo social.

Deleuze (1995) destaca que *“não se pode contar com um dualismo ou uma dicotomia, nem mesmo sob a forma rudimentar do bom e do mau. [...] O bom, o mau são somente o produto de uma seleção ativa e temporária a ser recomeçada.”*

Portanto, toda complexidade do processo é um desafio que considera a heterogeneidade para assim gerar melhor conhecimento sobre a realidade a partir dos problemas, indefinições e até contradições. Dessa forma, mostra-se a importância de não se ater ao dualismo simplista na tentativa de interpretação dos processos em sua complexidade. Esta última não deve ser entendida como algo de impossível compreensão, mas sim apreendida como algo que não deve ser reduzido a uma explicação simplista (PAULON, 2010).

Em outras palavras, dentro de um processo em andamento, repleto de conceitos, concepções formadas e afetações já vivenciadas, é preciso lidar com as diferentes percepções do grupo de pertencimento, lidar com as diferenças de formação e as diferenças de perspectivas de cada um. Além disso, as disputas de interesses e relações de poder instituídos na organização se deram no “entre” em todos os níveis de relação dentro do processo de trabalho, dando vazão a intensidades, movimentos,

traçando caminhos, como também produzindo micro-rupturas. Traduzindo as diferenças, ruídos e conflitos não como falhas do processo, mas como agentes modificadores da realidade (BADUY, 2010).

Foucault afirma que o “*poder, longe de impedir o saber, o produz*”, e que as relações de poder existem em toda relação social. O poder conforme descrito por Foucault, não é encontrado em um lugar específico, pontual no Estado, mas sim como algo inserido nas relações, penetrado na vida cotidiana, o que nos coloca na condição de sujeitos e objeto do exercício do poder (FOUCAULT, 1984).

Em consonância com esse pensamento Max Weber também descreve, em sua concepção sociológica, o poder enquanto uma teia de relações que se configura formando um todo. Poder para Weber é relação social, baseada em efeito recíproco embora assimétrico (BACH, 2011).

Ao entender a vontade de poder em Nietzsche como uma metafísica política, Mota (2009), define o poder como o modo como se dão as relações e que se afirma na permanência da contradição.

Nesse sentido as relações de poder estabelecidas no processo de produção de políticas públicas e da gestão federal em saúde não se restringe somente a figura institucionalizada do poder-Estado, mas também às relações estabelecidas no meio social, entendidas por Foucault como micro-poderes que se articulam com o poder estatal de forma que não podem ser dissociadas (FOUCAULT, 1984).

Em outras palavras, no âmbito da organização da Assistência Farmacêutica no Brasil é preciso destacar que a relação cotidiana entre municípios, estados e gestão federal de modo intra e inter-relacional é condição precípua do planejar e do produzir das ações de mudança dessa área.

A Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) passou pelo processo de formulação, aprovação e pactuação, e a programação da Assistência Farmacêutica enquanto parte dessa, seguiu a lógica e os tempos de sua metodologia ainda em construção. A PGASS estrutura-se em etapas que consideram o planejamento regional integrado, a modelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS),

a programação de ações e serviços nas regiões de saúde e a programação nos estabelecimentos de saúde.

A primeira etapa da PGASS, base para todas as etapas posteriores de modelagem das redes e programação, compreende o planejamento integrado de saúde nas regiões, de modo a promover o reconhecimento do território como coordenador da organização interfederativa, capaz de refletir a minimização de entraves ao desenvolvimento das regiões e das dificuldades nos processos de integração regional (BRASIL, 2013).

O processo de integração regional mostra-se importante para o planejamento de ações e efetivação de um modelo mais integrativo de assistência à saúde. Gadelha (2007) destaca que na organização regional é necessário considerar e perceber as diversidades locais para que seja possível planejar intervenções mais adequadas, e ressalta ainda que:

*“É nesse sentido que o desenvolvimento regional e territorial desponta como uma política norteadora para o desenvolvimento nacional, voltada para a reintegração de espaços e pessoas ao processo de desenvolvimento do país, aproveitando as diversidades observadas como fontes de competitividade e desenvolvimento endógeno em uma economia globalizada” (GADELHA, 2007).*

Dentro dessa lógica das regiões de saúde, em 2013, a primeira encomenda destinada ao grupo de trabalho constituiu-se na elaboração de um exercício de programação de medicamentos e serviços farmacêuticos, direcionada a uma rede temática prioritária do SUS. Esse exercício constituiu uma simples exemplificação com a finalidade de clarear o entendimento da concretização da programação da Assistência Farmacêutica dentro desse contexto. Para tal, foi escolhida a Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis dentro da linha de cuidado do diabetes.

O exercício considerou os seguintes passos metodológicos:

1) Definição da rede temática prioritária do SUS;

- 2) Definição do eixo temático;
- 3) Definição das ações de saúde essenciais para a área temática;
- 4) Localização das ações propostas nas relações de medicamentos e serviços;
- 5) Descrição dos parâmetros primários e fatores de ajuste para medicamentos e serviços farmacêuticos e;
- 6) Definição dos tipos de pontos de atenção onde ações/serviços de saúde seriam executados.

Nesse momento foram encontradas as primeiras dificuldades no desafio de pensar a Assistência Farmacêutica traduzida em parâmetros de programação de medicamentos e serviços dentro do arcabouço diferenciado em que está inserida a gestão da Assistência Farmacêutica no Brasil.

A primeira indagação ensejada se deu sobre quais parâmetros de programação de medicamentos e fatores de ajuste deveriam ser considerados. Colocando em discussão a ruptura com os parâmetros de programação, atualmente mais utilizados, baseados em dados históricos de consumo de medicamentos, que somente levam em consideração os usuários que já possuem acesso a esses medicamentos, e dando prioridade a uma programação comprometida com a real necessidade da população atendendo aos aspectos epidemiológicos dessa, para melhor resolver as necessidades sanitárias.

O método epidemiológico objetiva conhecer, por meio de técnicas de investigação, a situação de enfermidades que uma dada população apresenta, considerando as principais doenças e causas de mortalidade que a acomete. Para, a partir desse diagnóstico situacional, definir as necessidades de saúde da população (MARIN, 2003).

Entretanto, pensar nesse direcionamento não significa viabilidade e efetivação de uma programação adequada. Colocamo-nos em questionamento se o gestor local responsável por essa programação realmente teria acesso a tais dados epidemiológicos da sua população e em que medida nossos sistemas de notificação são eficientes para a prestação de tais informações.

Durante o processo de produção, a todo o momento as práticas da gestão federal foram problematizadas, favorecendo a reflexão e a construção do conhecimento.

Além dos medicamentos, pensar em serviços farmacêuticos principalmente os serviços clínicos, é sinônimo de pensar o cuidado voltado a um paciente ou portador de necessidades múltiplas de saúde que por sua complexidade demanda uma abordagem completa e, portanto integral. Nesse sentido, como seria possível parametrizar os serviços clínicos farmacêuticos dentro de uma linha específica de cuidado se o paciente perpassa várias linhas, várias redes temáticas, se é um ser complexo na sua amplitude de problemas de saúde?

A linha de cuidado é entendida como:

*“uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede.” (BRASIL, 2014, p. 75-6)*

A “linha de cuidado” pode ser pensada de forma plena, atravessando inúmeros serviços de saúde, no entanto do ponto de vista temático não garante a integralidade, por fragmentar o indivíduo em um problema de saúde, quando enquanto pleno e complexo não se admite divisão em partes (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Assim, visando atender a necessidade de intensificar o cuidado demandado pela população em suas diferentes situações de vida, novas modalidades de apoio e articulação entre trabalhadores e serviços precisam ser inventadas, a fim de evitar o

risco da ruptura e fragmentação da linha de cuidado que apresentam inúmeras variáveis, mas que nem sempre estão interligadas (BADUY, 2011; MALTA, 2010).

Cecílio e Merhy (2013) ressaltam que o sistema de saúde em sua essência é um campo atravessado por várias dinâmicas de funcionamento, inclusive dentro das lógicas de rede temática e linhas de cuidado, que não pode ser incluído a uma única forma racional ordenadora. Destaca também que:

*“Mais do que um sistema, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. Uma das consequências desta forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema.” (CECÍLIO & MERHY, 2003).*

Ou seja, as diferentes dinâmicas de funcionamento, que as redes temáticas e linhas de cuidado podem imprimir no sistema de saúde, pode ocasionar uma maior fragmentação das necessidades gerais do usuário, compartimentando-o em serviços ou doenças específicas.

Na perspectiva do cuidado farmacêutico, em que o profissional se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas aos medicamentos, realizando a articulação da farmacoterapia relacionada a todos os problemas de saúde do usuário de maneira universal, é necessário superar a limitação dessa lógica fragmentada por problema de saúde, para que seja possível garantir a integralidade vertical, expressa nas necessidades do usuário.

Durante a vivência ocorreram alguns momentos de ampliação da discussão por meio de participações em eventos considerados pontos chave para reflexão sobre o trabalho desenvolvido, na dinâmica de discussões externas das propostas já sugeridas e colocadas pela metodologia da PGASS.

Em setembro de 2013, aconteceu o 6º Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica no estado do Amazonas, realizado pela Escola Nacional dos Farmacêuticos, em parceria com a Federação Nacional dos Farmacêuticos e o Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Amazonas, com o intuito de discutir o trabalho do farmacêutico no contexto da saúde. Trazer a discussão da proposta metodológica da PGASS para esse espaço foi significativo no sentido de reiterar as inquietações sobre a possibilidade de parametrização de ações e serviços para realidades tão distintas de um país tão diverso como o Brasil, como também se enquanto “Assistência Farmacêutica” continuamos desarticulados das outras áreas da saúde por não refletir a integração dos processos na efetivação do cotidiano prático dos serviços, repleto de particularidades.

A Portaria nº 101, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, não considerou parâmetros voltados à Assistência Farmacêutica no seu arcabouço, e definiu os parâmetros como recomendações técnicas, capazes de orientar os gestores do SUS no planejamento, programação e priorização das ações de saúde. Ao considerar as infinitas diferenças regionais apresentadas no país, não seria possível inflexibilizar recomendações técnicas no âmbito da saúde, e dessa forma, é aceitável que os parâmetros assistenciais sofram adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras (BRASIL, 2002a).

Essa discussão tornou a reacender em uma oficina de parâmetros assistenciais desenvolvida entre as Secretarias do Ministério da Saúde durante esse período de vivência. Nessa ocasião, quando reivindicada a inclusão de parâmetros de ações e serviços da Assistência Farmacêutica, foi questionado pelas outras áreas se a proposta de inserção desses parâmetros, até então não considerada dentro do processo de desenvolvimento de parâmetros assistenciais, se daria de forma desconectada dos demais serviços de saúde. A Assistência Farmacêutica, até então desconsiderada por parecer não ter importância no rol de ações e serviços de saúde, quando colocada em questão para sua inserção, causou estranhamento e inquietação.

Isso traz a reflexão se a desarticulação da profissão farmacêutica do processo assistencial vem a *priori* ou é um produto da relação estabelecida dentro da própria

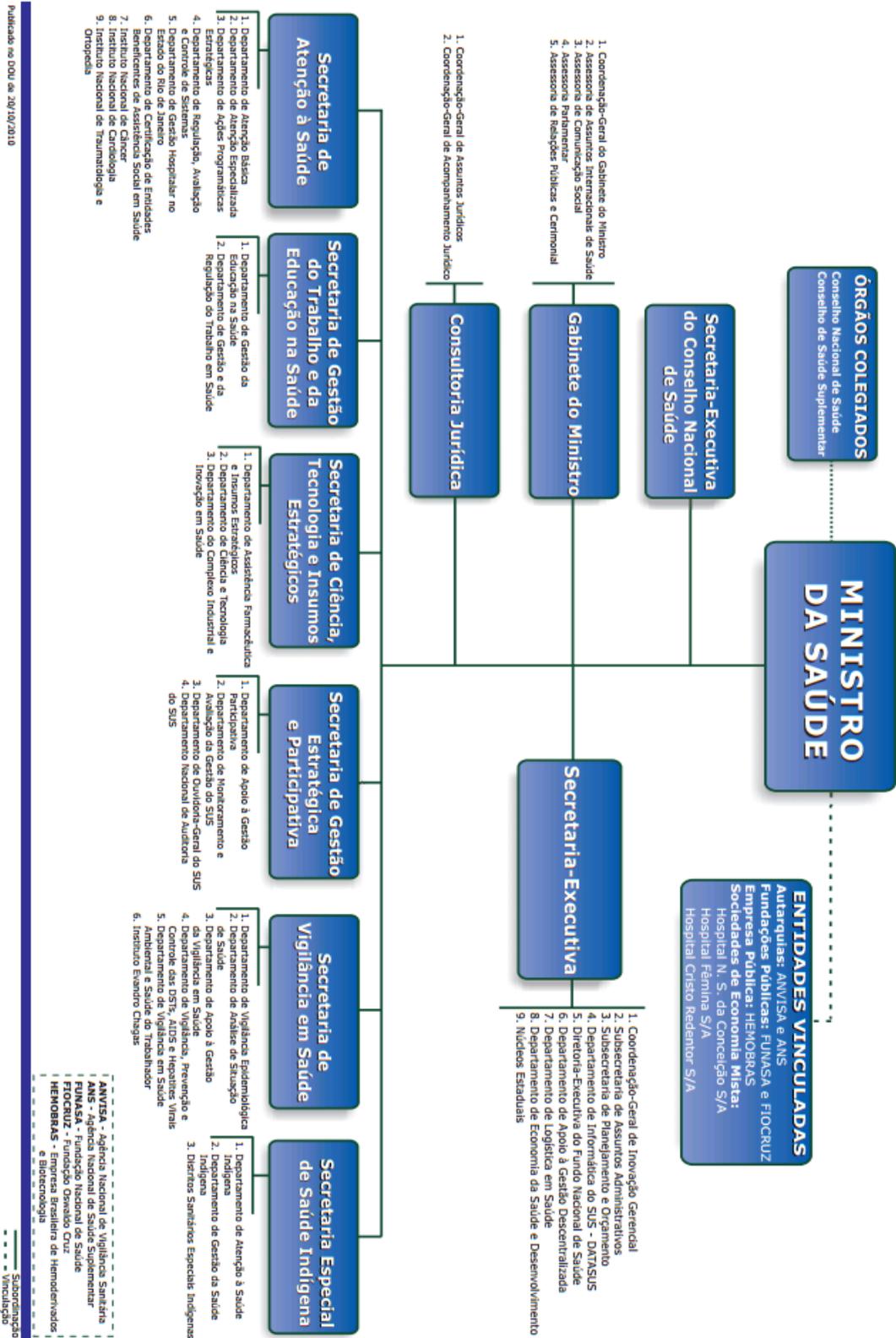
gestão federal de saúde. E até que ponto esse isolamento da profissão se dá de maneira ativa ou representa o reflexo do modelo de saúde tradicional hegemônico.

De antemão o que podemos visivelmente observar e analisar é o posicionamento do Departamento de Assistência Farmacêutica dentro do organograma da gestão federal em saúde representada pela sua entidade máxima, o Ministério da Saúde (Figura 4).

Esse posicionamento no arcabouço estrutural de uma secretaria voltada à ciência, tecnologia e insumos estratégicos, e não em uma secretaria de atenção à saúde, deixa claro o lugar da Assistência Farmacêutica no olhar tradicional e histórico da saúde na gestão federal, visto o direcionamento da secretaria para insumos como medicamentos e não serviços farmacêuticos. Embora este departamento não se atenha somente às questões ligadas ao insumo medicamento, e busque a inserção e consideração das práticas farmacêuticas para além do insumo, essa estrutura institucionalizada mostra a dificuldade de ser entendido dentro da própria gestão federal em outros departamentos e secretarias como uma profissão do cuidado ao paciente, o que pode se refletir na gestão estadual, municipal e até nas práticas profissionais durante a transição de identidade pela qual passa o profissional farmacêutico.

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## ESTRUTURA ORGANIZACIONAL - Decreto nº 7.336 de 19/10/2010



Fonte: Brasil, 2010, p. 9

Figura 4: Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde.

Essa análise nos faz refletir se a desarticulação da Assistência Farmacêutica é um processo institucionalizado no âmbito da saúde. Foucault defende que

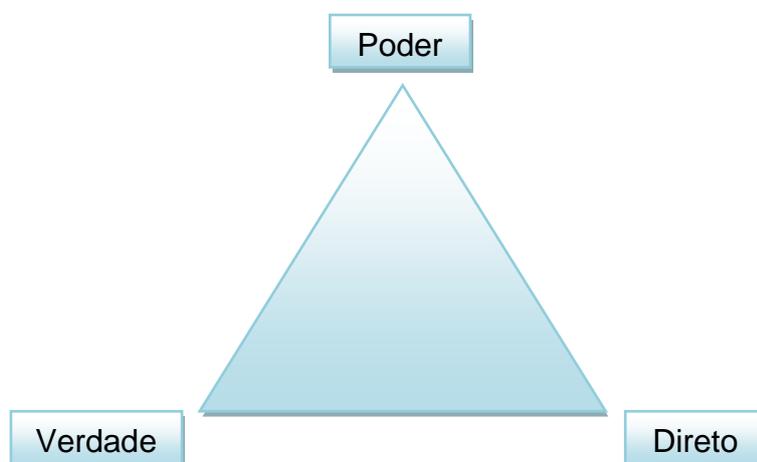
*“instituições determinadas constituem um observatório privilegiado para a análise das relações de poder. Porém, ele aponta que há alguns inconvenientes para esse tipo de análise. Em primeiro lugar, porque uma parte considerável dos mecanismos que são operados por uma dada instituição é destinada a garantir sua própria conservação, por isso, podemos passar a analisar as relações de poder nesse âmbito, vendo-as somente como portadoras de funções reprodutoras. Em segundo lugar há o risco de analisar o poder pelo poder, ou seja, de buscar as origens do poder nas suas próprias relações. Por derradeiro, considerando que as instituições agem, em sua essência, colocando em jogo a regra (explícitas ou implícitas) e o aparelho, há o risco de privilegiarmos ou a regra ou o aparelho, vendo, nas relações de poder, apenas modos de lei ou de coerção.”*  
(SILVEIRA, 2005, p. 54)

Nesse sentido, é importante analisar a instituição a partir das relações de poder e não o contrário. Um fator que pode ser analisado nesse contexto diz respeito aos processos medicamentais e a supervalorização do medicamento na sociedade, fator que contribui para a imagem “*coisificada*” da Assistência Farmacêutica à figura do medicamento, ou seja, reduzida a um insumo.

A medicalização apresenta-se como um “*fenômeno cultural amplo*” que reflete a interação entre droga, medicina e sociedade, onde medicamentos são utilizados para tratar problemas que anteriormente não requeriam tratamentos, mas hoje são medicalizados. A utilização do medicamento nessa perspectiva pode ser induzida mais pelo poder da indústria farmacêutica do que pela doença em si, o que demonstra que o processo de medicalização tem expandido para “*campos extracientíficos*” (ROSA, 2011).

A nítida relação entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, nessa perspectiva de reflexão da Assistência Farmacêutica, pode ser comparada analogicamente com a concepção do triângulo de Foucault (Figura 5), onde o tripé da

sociedade pode ser pensado nas suas relações de força complexas entre instituição de saúde, indústria farmacêutica e sociedade medicamentada.



Fonte: Ferreirinha, 2010, p. 371

Figura 5: Triângulo de Foucault.

Nesse contexto da relação de Estado, mercado e sociedade civil, é necessário

*“levar em conta o aspecto da nossa formação econômico-social, mesmo entendendo, assim como Marx, que no capitalismo tanto o Estado está a serviço da reprodução do capital, como a concorrência entre os capitais se dá em todos os planos em que o mercado se faz presente, inclusive e especialmente nas políticas a ele direcionadas” (ANDREAZZI, 2014).*

Nesse sentido, o processo de medicamentação, segue a lógica de reprodução do capital, tomando como centro o insumo-medicamento, que pode influenciar e predir até mesmo um modelo de prática profissional.

Depois das angustias e inquietações na tentativa de pensar um modelo para programação de medicamentos e serviços farmacêuticos, o grupo de trabalho seguiu em conjunto com o desenvolvimento da proposição metodológica das 1ª e 2ª etapas da PGASS, relacionadas ao planejamento regional integrado e a modelagem das redes/ações temáticas e estratégicas, respectivamente.

A modelagem das redes/ações temáticas e estratégica segue na sua metodologia seis fases definidas como: Identificação da Região de Saúde; Adesão e diagnóstico da situação de saúde da região; Desenho regional; Identificação da capacidade instalada para a organização das redes/ações temáticas e/ou estratégicas; Dimensionamento de ações e serviços de saúde para as redes/ações temáticas e/ou estratégicas e; Projeção financeira a partir das redes temáticas e estratégicas.

Pensando no processo de modelagem das redes, foi realizada uma imersão nas redes temáticas do SUS, assim como no conceito e configuração da Rede de Atenção à Saúde.

## **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esse novo movimento de modelagem das redes teve como principais objetivos propor um método de identificação da capacidade instalada de estabelecimentos e serviços de farmácia nas regiões de saúde através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), como também definir os parâmetros de necessidade desses estabelecimentos e serviços na conformação da região de saúde, nas RAS.

Na perspectiva da linguagem do SCNES, entende-se como estabelecimentos de farmácia aquelas unidades de dispensação de medicamentos em edificação exclusiva com código próprio, enquanto o serviço de farmácia é entendido como as farmácias sem código próprio, localizadas fisicamente nas dependências de outros estabelecimentos de saúde de maior porte, como hospitais, unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, etc. Além disso, o serviço de farmácia apresenta classificações que podem definir o serviço especializado encontrado em todos os estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, inclusive nas farmácias.

Apesar da autonomia dos diferentes entes federados na gestão da Assistência Farmacêutica, a definição de parâmetros de necessidade de estabelecimentos de saúde surgiu como um ponto importante de posicionamento da gestão federal, por se configurar em uma recomendação inédita de parâmetros de necessidade para diferentes tipologias de farmácia no SUS. Essa definição, mesmo com caráter de recomendação, gerou uma apreensão no grupo de trabalho sobre como seriam acolhidas pelos diferentes entes federativos, as suas consequências e impactos no âmbito do SUS, e o que acarretaria do ponto de vista político.

Nesse processo de produção foi necessário entender a impossibilidade de instituir práticas mais impositivas e coercitivas, reiterando o que Merhy (2002) aborda sobre a impossibilidade de se ter políticas instituídas, envolvendo o conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, por negociação. Caminho acertado e indiscutível para as ações e definições desse grupo de trabalho.

A proposta de conformação da Assistência Farmacêutica na perspectiva das redes partiu da metodologia da PGASS, diretamente relacionada com o processo de modelagem das redes temáticas e estratégicas do SUS. Assim, pautando-se nos objetivos primeiros foi avaliada a localização da Assistência Farmacêutica nos componentes organizacionais das redes temáticas e estratégicas tomando como base as redes temáticas prioritárias do SUS (Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Materno-Infantil, Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência).

Na estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde, a Assistência Farmacêutica está localizada nos sistemas de apoio, que são considerados os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.

Embora o sistema de apoio remeta a transversalidade de execução das ações nos diferentes pontos de atenção, o entendimento dessa localização da Assistência Farmacêutica na estrutura operacional das RAS retoma a discussão sobre a desarticulação desse conjunto de ações e a assistência à saúde. Classificá-la como sistema de apoio cria um juízo de um elemento externo ao processo que oferece suporte ocasional a assistência à saúde, onde a terapia medicamentosa e a garantia do

seu uso racional com a finalidade de obtenção de resultados terapêuticos desejáveis não representa parte integrante do processo, mas sim um elemento exterior ou complementar.

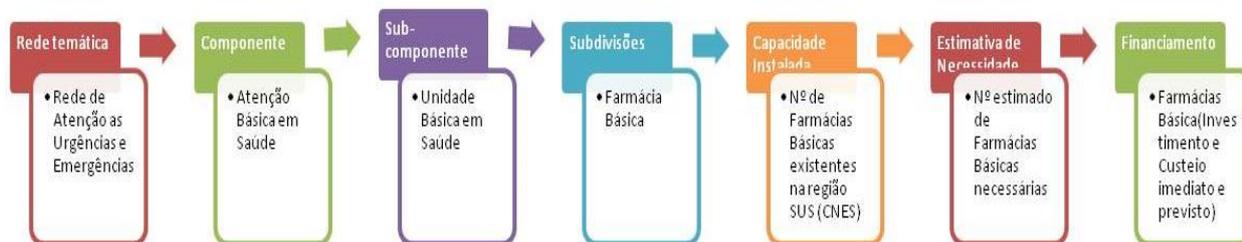
Essa representação da Assistência Farmacêutica nas RAS se reflete na composição das redes temáticas prioritárias do SUS. Ao avaliar os principais normativos das cinco redes prioritárias, observa-se a descon sideração da Assistência Farmacêutica na conformação dos componentes constitutivos dessas, exceto pela Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas que a considera dentro do seu componente “*sistema de apoio logístico e terapêutico*”. Esse fator reforça o entendimento de que a Assistência Farmacêutica tem sido vista como um elemento a parte e por isso tem sido descon siderada na normatização e institucionalização das redes temáticas e no conjunto das ações assistenciais, apesar da sua importância no processo de cuidado.

O que nos colocou em questionamento se as conformações das redes temáticas prioritárias do SUS, já instituídas, realmente representam o significado de uma Rede de Atenção à Saúde no sentido mais amplo da sua idealização, ou é mais uma forma de fragmentação temática da atenção à saúde e uma deturpação do que inicialmente foi pensado como RAS.

Na tentativa de superar essa desarticulação e promover a integração e incorporação da Assistência Farmacêutica nas redes, o grupo de trabalho buscou localizar os serviços de farmácia nos componentes constitutivos das redes temáticas para identificação da capacidade instalada e definição de parâmetros para estabelecimentos e serviços de farmácia. Estes componentes constitutivos das redes são definidos como subdivisões das redes temáticas e estratégicas, enquanto elementos estruturantes do seu processo de organização, que podem se definir enquanto pontos de atenção, ações e serviços de saúde ou sistemas de apoio e logístico.

Todas as tipologias de farmácia e os parâmetros para estimativa de necessidade desses estabelecimentos e serviços foram definidos levando em consideração os pontos de atenção encontrados nas Redes de Atenção à Saúde. Ou seja, farmácias na atenção básica, farmácias em hospitais, farmácias em unidades de referência, etc. A

figura 6 apresenta um exemplo da identificação da Assistência Farmacêutica na modelagem de uma rede prioritária do SUS.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6: Exemplo do processo de modelagem de uma rede temática.

Durante esse processo de trabalho, foi observado que os pontos de atenção onde podemos localizar a Assistência Farmacêutica são comuns a todas as redes temáticas e estratégicas, confirmando o aspecto transversal destas ações e serviços.

Essa característica de transversalidade da Assistência Farmacêutica a todas as redes fez surgir uma discussão dentro do grupo de trabalho e na sua interface com outros departamentos e secretarias sobre a real necessidade da sua incorporação nas primeiras etapas da PGASS e a conseqüente conformação na modelagem das redes temáticas. Esse fator originou uma forte tensão que transcendeu os aspectos simplesmente técnicos das decisões, tomando uma característica política da necessidade de autoafirmação da importância da Assistência Farmacêutica nesse contexto.

A manifestação da singularidade dos agentes políticos dá-se justamente na performance de seu agir e discursar em conjunto, a qual produz 'teias' de relações objetivas e subjetivas entre os agentes, como formas de exercer as disputas de poder. Permitindo "conceber os cidadãos e o espaço propriamente político como algo que excede e mesmo precede toda e qualquer delimitação institucional burocrática" (DUARTE, 2012).

Dentro desse complexo campo de disputas, a incorporação da Assistência Farmacêutica e sua conseqüente conformação em redes, assim como a definição de parâmetros de estimativa de necessidade de estabelecimentos e serviços de farmácia, passou por um processo dialético entre a necessidade e as diferentes motivações individuais do grupo, compondo assim o entendimento sócio-histórico e político da experiência vivenciada nesse espaço macropolítico, que requereu uma forte decisão enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador da mudança para o sistema de saúde.

Segundo Baduy (2010),

*“O cotidiano é o lugar das disputas, espaço de luta e de exercício de poder. Para Merhy (2002, p.160) o cotidiano em saúde é o terreno da produção e da cristalização dos modelos de atenção à saúde, e também da produção de novos arranjos no modo de fabricar saúde.”* (BADUY, 2010)

Nesse sentido, todo esse movimento também se constitui em um método de produzir um novo arranjo e um novo olhar para Assistência Farmacêutica dentro do escopo das Redes de Atenção à Saúde, pelo que representa a quebra da cristalização de um entendimento excludente da Assistência Farmacêutica e pela busca de uma maior visibilidade dentro dos processos de conformação nas redes temáticas e estratégicas no contexto da programação de ações e serviços de saúde.

## **O MOVIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DO CNES E A CONSOLIDAÇÃO DA FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

Nos movimentos de conformação das regiões de saúde e entendimento da Assistência Farmacêutica nesse processo de produção, observou-se a necessidade de reformulação e atualização do cadastramento dos estabelecimentos de farmácia, como também dos serviços de farmácia que fazem parte do rol de estabelecimentos e serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (SCNES), uma vez que este sistema representa a base de informação para mensurar e estimar estabelecimentos e serviços nas regiões de saúde para a PGASS.

O Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) representa um importante banco de dados nacional e um efetivo sistema de informações em saúde, tanto no aspecto operacional quanto gerencial, visto que os dados cadastrais se constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é definido pela OMS como *“um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde”*. Assim, possibilita uma melhor avaliação, monitoramento e controle de atividades desenvolvidas pelos prestadores de serviços, e auxiliam na formulação e avaliação de políticas de saúde (RODRIGUES, 2014; GUIMARÃES, 2004).

Os sistemas de informação enquanto instrumentos de trabalho na saúde são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativas e técnicas, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Dessa forma, os sistemas de informações têm como objetivo principal a aquisição de conhecimento que deve fundamentar a gestão dos serviços (BENITO, 2009).

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um importante instrumento para planejamento, controle e avaliação do SUS, instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, onde foram incorporadas sugestões dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral, editando-se em 29 de dezembro de 2000 a Portaria MS/SAS 511/2000, que passou a normatizar o processo de cadastramento em todo Território Nacional.

Esse cadastro é base para operacionalizar outros Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficiente. Tais como:

- Sistema de Informações Ambulatorial;
- Sistema de Informações Hospitalar;

- Cartão Nacional de Saúde;
- Sistema Informatizado de Regulação do Acesso Assistencial;
- Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada;
- Sistema de Informações da Atenção Básica;
- Sistema de Informações da ANVISA e;
- Sistema de Informações da ANS.

Conforme informações da página do DATASUS, o CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e serviços ambulatoriais e hospitalares das unidades de saúde em todas as esferas de governo, ou seja, Federal, Estadual e Municipal. Adicionalmente, abriga a expressiva base de informações do Cartão Nacional de Saúde dos profissionais que executam ações e/ou serviços vinculados ao SUS, sendo cada um identificado por um único número, independentemente do local de sua prática.

Desse modo, o sistema propicia ao gestor, o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. Em outras palavras, tem o objetivo de permitir a adequada formulação de diagnósticos de saúde.

Entretanto, a coleta de dados, é uma etapa que apresenta grandes deficiências na área da saúde, e em consequência a qualidade da informação em saúde apresenta vários desvios, resultando em falsos diagnósticos na avaliação da saúde da população, dificultando assim o planejamento e a instituição de políticas, planos e programas de saúde (GUIMARÃES, 2004).

A alimentação do SCNES é de responsabilidade exclusiva dos gestores estaduais e municipais de saúde, e atualmente observa-se que este sistema apresenta variações significativas na qualidade da informação que aporta, para todos os estabelecimentos de saúde, inclusive farmacêuticos. A divergência de informações prestadas no sistema pode ocorrer devido à falta de entendimento dos gestores para a

correta alimentação, como também pela necessidade de melhor adequação da ferramenta.

Atualmente, o cadastro de estabelecimentos e serviços de farmácia no SCNES está estruturado e classificado de três formas: tipo de estabelecimento; serviço especializado; e instalações físicas para a assistência, conforme mostram os quadros 1, 2 e 3, e figuras 7 e 8.

Quadro 1 – Opção de cadastramento para tipo e subtipo de estabelecimento “Farmácia” no SCNES.

<b>TIPO DE ESTABELECIMENTO</b>
Cód. 43 - Farmácia
<b>SUBTIPO DE ESTABELECIMENTO</b>
Não consta

Quadro 2 – Opções de cadastramento de serviço especializado e classificação do serviço para farmácia no SCNES.

<b>SERVIÇO ESPECIALIZADO</b>
Cód. 125 – Serviço de Farmácia
<b>CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO</b>
Cód. 001 - Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Cód. 005 - Dispensação de Medicamentos Básicos
Cód. 004 - Dispensação de Medicamentos Estratégicos
Cód. 003 - Farmácia com Manipulação Homeopática
Cód. 006 - Farmácia Hospitalar
Cód. 002 - Farmácia Popular
Cód. 007 - Farmácia Viva

Quadro 3 - Opção de cadastramento de farmácia como serviço de apoio em instalações físicas para assistência no SCNES.

<b>INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA</b>
<b>SERVIÇO DE APOIO</b>
Cód. 03 - Farmácia

Ministério da Saúde

**CNESNet**  
Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas Documentação Fale Conosco

**Consulta**  
Tipos de Estabelecimentos

Estado:

Município:

Tipo de Estabelecimento:

Sub Tipo de Estabelecimento:

Imprimir

Codigo	Descrição	Total
01	POSTO DE SAUDE	10664
02	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	34494
04	POLICLINICA	6182
05	HOSPITAL GERAL	5227
07	HOSPITAL ESPECIALIZADO	1093
15	UNIDADE MISTA	722
20	PRONTO SOCORRO GERAL	405
21	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	125
22	CONSULTORIO ISOLADO	134057
32	UNIDADE MOVEL FLUVIAL	23
36	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	35886
39	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	20714
40	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	954
42	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	3395
43	FARMACIA	1485
50	UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1830
60	COOPERATIVA	327
61	CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	13
62	HOSPITAL/DIA - ISOLADO	517
64	CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	301
67	LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	65
68	SECRETARIA DE SAUDE	5521
69	CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	255
70	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	2412

Figura 7 - Tela de consulta do Tipo de Estabelecimento no SCNES.

Ministério da Saúde

**CNESNet**  
Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS  
Departamento de Informática do SUS

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas Documentação Fale Conosco

**Consulta**  
Serviços Especializados

Estado:

Município:

Tipo de Serviço:

Serviço Especializado:

Classificação Serviço:

- TODOS-
- 001 - DISP. DE MED. COMP. ESPECIALIZADO DA ASSIST. FARMACEUTICA
- 005 - DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS BASICOS
- 004 - DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS ESTRATEGICOS
- 003 - FARMACIA COM MANIPULACAO HOMEOPATICA
- 006 - FARMACIA HOSPITALAR
- 002 - FARMACIA POPULAR
- 007 - FARMACIA VIVA

Imprimir

Descrição	Total
125 - SERVIÇO DE FARMACIA	4081
TOTAL	4081

Figura 8 - Tela de consulta do Serviço de Farmácia no SCNES.

Em junho de 2014, foram registrados no SCNES, 1.485 ‘tipos de estabelecimento farmácia’ cadastrados, dentre eles, Farmácias Básicas, Farmácias Vivas, Farmácias Privadas, Farmácias Populares, Coordenações de Assistência Farmacêutica e Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAFs), sem distinção de classificação entre elas, uma vez que o sistema não permite distinguir subtipos de estabelecimentos. Além disso, o sistema apresentou o registro de 4081 ‘serviços de farmácia’ cadastrados em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde incluindo, farmácias, unidades de saúde, hospitais, entre outros.

No SCNES, o cadastro de farmácia também pode ser realizado como um ‘*Serviço de Apoio*’ nas ‘*Instalações Físicas para Assistência*’ dos estabelecimentos de saúde. Esta forma de classificação não apresenta filtro de busca específico, impossibilitando assim, a quantificação desses serviços nos estabelecimentos de saúde que optam por esta modalidade de cadastro. Apontando que o número de cadastros de estabelecimentos e serviços encontrados no sistema não é fidedigno a realidade de estabelecimentos no país.

Ao avaliar as opções de cadastro de estabelecimentos e serviços de farmácia no CNES, encontramos alguns problemas na atual estrutura de classificação, sendo eles, a ausência de subtipos para melhor classificar as diversas modalidades de farmácia, a ausência de opção para informar adesão a programas, projetos e incentivos da Assistência Farmacêutica, a classificação insuficiente para serviços de farmácia que não condizem com o rol de atividades realizadas pelo farmacêutico, assim como a classificação do estabelecimento como serviço de apoio o que impossibilita a quantificação do mesmo em determinados estabelecimentos de saúde.

Além disso, a atual falta de definição dos conceitos de estabelecimentos e serviços, que têm por objetivo nortear o cadastramento, implica no subcadastramento e/ou cadastro incorreto por parte dos gestores, dificultando uma adequada análise da situação de saúde e avaliação dos dados fornecidos.

Considerando a importância das informações fornecidas pelo cadastro de estabelecimentos e com a finalidade de melhorar a gestão dos serviços de saúde, particularmente para os estabelecimentos e serviços de farmácia, o grupo de trabalho tomou como prioridade a elaboração de uma proposta de atualização das normas de cadastramento do SCNES com a finalidade de colocar o cadastro em consonância com a mudança da realidade dos estabelecimentos farmacêuticos, levando em consideração os incentivos e programas, como também os novos serviços desenvolvimentos no âmbito do exercício profissional.

A atualização da estrutura de cadastro no CNES teve como principais motivações não só auxiliar no processo de programação geral de ações e serviços de saúde, mas também favorecer o cadastro dos estabelecimentos no Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica – Sistema HÓRUS, melhorar a disponibilização de

informações confiáveis para subsidiar o monitoramento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, assim como promover a padronização dos conceitos que compõem os diferentes instrumentos necessários à gestão no âmbito do SUS.

Todo o processo de atualização no SCNES foi realizado por meio de construção coletiva, por inúmeras reuniões de grupo e muitos momentos de divergência. Tanto a definição de subtipos, as classificações de serviço de farmácia, como a definição dos profissionais responsáveis pela execução dos serviços, geraram momentos de tensão e disputas entre as representações da gestão federal, estadual e municipal.

No entanto, para Foucault, *“a dialética, na ordem filosófica e na política, é a pacificação do que se constitui como o discurso inevitável da guerra fundamental”*. Ou seja, como algo indispensável à construção do conhecimento e conseqüentemente a produção da gestão em saúde (AGUIAR, 2007).

Com o intuito de abarcar todos os serviços executados nos estabelecimentos de farmácia e assim conhecer a realidade assistencial no sistema de saúde, foi desenvolvida uma nova proposta de cadastramento do serviço de farmácia, detalhado por diferentes classificações, que abrangeu desde o armazenamento de medicamentos, até o seguimento farmacoterapêutico. Construção de muitas idas e vindas, inclusões e exclusões, debates entre os atores do grupo de trabalho, que poderiam resultar em avanços para o cadastro.

Por outro lado, com o objetivo de conhecer a realidade da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde brasileiro, foi incluído o serviço de “entrega de medicamentos” no rol de serviços disponíveis para cadastro no CNES, opção destinada a profissionais não farmacêuticos, como uma alternativa para a dispensação de medicamentos em estabelecimentos que não contam com a presença do profissional. Decisão que parece um movimento de retrocesso, uma vez que nos dias atuais, conforme descrito pela Lei 13.021, de 8 de agosto de 2014, para o *“funcionamento das farmácias de qualquer natureza é necessária a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento”*. No entanto essa ainda não seja uma realidade para a maioria dos estabelecimentos farmacêuticos.

A inclusão desse serviço gerou inquietações e momentos de forte embate dentro do grupo, por ser um ponto que vai de encontro ao idealizado pela categoria

farmacêutica, sendo motivo de discussão constante em relação à valorização profissional do farmacêutico e por tal decisão representar, em certa medida, a institucionalização da gestão federal para a possibilidade da não necessidade do profissional nos estabelecimentos farmacêuticos. Embora não seja possível delimitar até que ponto tal inquietação não representa uma afetação corporativa do modo de ver e analisar.

Além disso, a alteração do cadastro do CNES também trouxe consigo a necessidade de definição dos profissionais responsáveis pela execução de cada serviço de farmácia definido, através da utilização do código de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída por Portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares.

Dentro da proposta desenvolvida, foi imputada ampla atribuição de CBO's para os serviços que não requerem exclusividade do profissional farmacêutico, a fim de refletir a realidade assistencial dos estabelecimentos quanto aos profissionais que realmente realizam as ações de saúde e como modo de diagnosticar a presença ou não de farmacêutico nos estabelecimentos.

Além disso, a inclusão de subtipos de estabelecimentos referentes a farmácias e drogarias privadas no SCNES, evidenciou certa preocupação por motivações operacionais relacionadas ao cadastramento do alto número desses estabelecimentos privados pelos gestores, o que fez imperar a necessidade de repensar sobre os atores responsáveis pelo cadastro desses estabelecimentos nos municípios.

Apesar disso, esse movimento de alteração do cadastramento de estabelecimentos e serviços de farmácia foi entendido pelo grupo de trabalho como algo que vai muito além de uma simples alteração do modelo de cadastramento para gestores, pois tem um significado crucial na mudança de concepção da própria gestão federal enquanto reconhecedora da farmácia como um estabelecimento de saúde, não só das farmácias públicas, mas também das farmácias e drogarias do sistema privado de saúde brasileiro. Movimento em consonância com o momento sócio, histórico e

político que vem ocorrendo há mais 20 anos na categoria farmacêutica para a transformação das farmácias em estabelecimentos de saúde, atualmente legitimada pela Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Considerada o marco da definição da farmácia como estabelecimento de saúde, essa normativa define que:

*“farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, officinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos” e deve ser dividida.” (BRASIL, 2014)*

Indo de encontro à redução da farmácia como um simples comércio varejista de produtos, destinado somente a atividades econômicas, conforme definido pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE/IBGE).

Para a identificação das problemáticas considerados importantes decorrentes desse estudo, recorri a uma compreensão da história cunhada pela minha própria experiência de participante: na qualidade de sujeito/objeto também construtora das mudanças e desenvolvimento do fazer saúde na gestão federal. As situações vivenciadas, as linhas traçadas e suas constantes movimentações apresentaram características importantes sobre o “fazer saúde” da gestão federal o que permitiu refletir sobre as teorias, concepções, e suas consequências.

## CONCLUSÃO

## 4. CONCLUSÃO

Na gestão federal de saúde, as experiências vivenciadas apresentaram a reflexão da Assistência Farmacêutica, na tentativa de compreender e buscar explicações da dinâmica macropolítica da programação dos serviços de saúde no âmbito SUS, e assim pôde-se refletir e problematizar os modos de construir e consolidar políticas de saúde como condutoras das mudanças e avanços do SUS, enquanto plano político-metodológico.

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica se mostra como parte desarticulada da assistência à saúde, demonstrando uma tímida representação tanto nas redes de atenção à saúde como no entendimento e conceituação de estabelecimentos de saúde, acarretando na sua exclusão do processo de programação de serviços de saúde até então.

Dessa forma, a compreensão no espaço da macropolítica das relações na gestão em saúde, se mostrou como o meio de entender a construção de uma política que garanta a inserção das ações e serviços farmacêuticos no contexto geral das ações de saúde no SUS, alterando o padrão hegemônico de gestão e da produção de práticas de saúde de característica fragmentada e desarticulada, com a perspectiva de construir uma rede de serviços mais integral.

Por isso, estudar o campo da saúde, instituições, organizações e processos políticos envolvidos é tarefa necessária para contribuir na construção e aprimoramento de políticas que possam refletir em melhoria da organização da rede de serviços e em consequência dos processos assistenciais.

## REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M.F. S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2014;

BACH, M. Carisma e racionalismo na sociologia de Max Weber. **Sociologia & Antropologia**. Tradução de Markus A. Hediger. v. 01, n. 01, p.51–70, 2011;

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010. 185 p. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro;

BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 295-304, 2011;

BENITO, G.A.V; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n.3, p. 447-50, 2009;

BORDIN, T. M. O Saber e o Poder: A Contribuição de Michel Foucault. **SABERES**, v. 1, n. 10, p 225-235, 2014;

BRASIL. Lei <sup>o</sup> 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014;

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES e o Manual de Preenchimento, constantes dos anexos I e II, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 511, de 29 de dezembro de 2000. Aprovar a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde. Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília, 2014;

BRASIL (b). Ministro de Estado do Trabalho e Emprego. Portaria ministerial nº 397, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002;

CASTRO, E. Vocabulário de Foucault — um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Muller Xavier; revisão técnica de Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica, 2009;

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, Campinas (SP), 2003. (mimeo);

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, v. 1, 1995;

DUARTE, A. Singularização e subjetivação: Arendt, Foucault e os novos agentes políticos do presente. **Princípios – Revista de filosofia**, Natal, v. 19, n. 32, p. 9-34, jul./dez. 2012;

FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.44, n. 2, p. 367-83, 2010;

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder / Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado**. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª ed. 1984;

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. S214-S226, 2007;

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p.72-80, 2004;

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.593-605, 2010;

MARIN, N. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003;

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2002;

MOTA, T. Nietzsche e a Vontade de Poder: Uma metafísica política. **Revista Estudos Filosóficos**, n. 2, p. 38 – 51, 2009;

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, n. 1, p. 85-102, 2010;

ROSA, B.P.G.D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, 2011;

RODRIGUES, V.P. **Sistemas de informação em saúde**. São Luis: UNA-SUS/UFMA 2014;

SCHRAIBER, L.B., PEDUZZI, M., NEMES, M.I.B., CASTANHEIRA, E.R.L., KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999;

SILVEIRA, R.A. **Michael Foucault: Poder e análise das organizações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.